



ศูนย์รามาธิบดีอภิบาล (Ramathibodi Palliative care Center)

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เลขที่รับ

แบบฟอร์มขอยืมเครื่องเล่น MP3

วันที่

ชื่อผู้ยืมหน่วยงาน โทร

เพื่อให้ผู้ป่วย ชื่อ HN. Ward.....

ประเภทอุปกรณ์ที่ยืม

- เครื่องเล่น MP 3 รุ่น T-205 เลขที่เครื่อง ชุดที่
- หูฟัง
- อื่นๆ โปรดระบุ

ลงชื่อ ผู้ยืม

(.....)

วันที่

ส่งคืนอุปกรณ์

- อุปกรณ์ครบถ้วน
- อุปกรณ์ชำรุด เนื่องจาก.....

ลงชื่อ ผู้คืน

(.....)

วันที่

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ

(.....)

วันที่