



ศูนย์รามาธิบดีอภิบาล (Ramathibodi Palliative care Center)

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เลขที่รับ

แบบฟอร์มขอยืมอุปกรณ์การแพทย์

วันที่

ชื่อผู้ยืม เบอร์โทร

เพื่อให้ผู้ป่วย ชื่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

HN. Ward.....

ประเภทอุปกรณ์ที่ยืม

- Oxygen Tank จำนวน ถัง
- Syringe Pump จำนวน เครื่อง
- Syringe Driver จำนวน เครื่อง
- อื่นๆ โปรดระบุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า จะดูแลรักษาอุปกรณ์ที่ยืมเป็นอย่างดี โดยหากมีความเสียหายใดๆหรือมีการสูญหายเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะขอรับผิดชอบทั้งหมดทุกกรณีโดยไม่มีเงื่อนไข

ลงชื่อ ผู้ยืม

(.....)

วันที่

ส่งคืนอุปกรณ์

- อุปกรณ์ครบถ้วน
- อุปกรณ์ชำรุด เนื่องจาก.....

ลงชื่อ ผู้ส่งคืน

(.....)

วันที่คืน

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ

(.....)

วันที่