



แบบฟอร์มขออนุญาตกระเป๋ายาและเวชภัณฑ์
งานบริการสุขภาพ กองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ชมรม/โครงการ/กิจกรรม.....

คณะ/หน่วยงาน.....

วันที่.....

เรื่อง ขออนุญาตกระเป๋ายาและเวชภัณฑ์

เรียน ผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาเอกสารโครงการ/กิจกรรม

ด้วย (ชมรม/โครงการ/กิจกรรม)..... คณะ.....

จะจัดกิจกรรม..... ระหว่างวันที่..... ถึง.....

สถานที่จัดกิจกรรม.....

มีนักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมโดยประมาณ จำนวนคน

ในการนี้ ใคร่ขออนุญาตกระเป๋ายาและเวชภัณฑ์ จำนวน.....ใบ โดยจะขอรับ
กระเป๋ายาเวชภัณฑ์ (หลังจากยื่นแบบฟอร์ม ๒ วันทำการ ก่อนทำกิจกรรม) ในวันที่..... ระหว่าง
เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. และจะนำส่งกระเป๋ายาเวชภัณฑ์พร้อมเวชภัณฑ์คงเหลือ (ภายใน ๒ วันทำการ
ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม) ในวันที่.....

โดยมอบหมายให้ (นาย/นาง/นางสาว..... รหัส.....

ชั้นปี.....สาขา..... คณะ.....

โทรศัพท์ (มือถือ).....เป็นผู้ประสานงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดขออนุญาตกระเป๋ายาและเวชภัณฑ์ สำหรับใช้ในกิจกรรมดังกล่าว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับกระเป๋ายาเวชภัณฑ์

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ผู้รับผิดชอบโครงการ

หมายเหตุ โปรดแนบสำเนาเอกสารโครงการ/กิจกรรม มาด้วยทุกครั้ง(ถ้ามี)



ขั้นตอนการขอรับบริการ กระเป๋ายาและเวชภัณฑ์
งานบริการสุขภาพ กองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี

โครงการ / กิจกรรม/ ค่าฯ ต่าง ๆ ของนักศึกษาและบุคลากรที่มีความประสงค์ขอรับบริการ
กระเป๋ายาและเวชภัณฑ์ เพื่อใช้ในกิจกรรมโปรดดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

๑. โครงการหรือ กิจกรรม จะต้องได้รับอนุมัติ จากอาจารย์หรือผู้ที่รับผิดชอบโครงการ
๒. ส่งแบบฟอร์ม หรือ หนังสือขอความอนุเคราะห์ยาและเวชภัณฑ์ ล่วงหน้า ๒ วันทำการ ได้ที่
งานบริการสุขภาพ กองพัฒนานักศึกษา
๓. เก็บบัตรนักศึกษาหรือบัตรประชาชนมัดจำกระเป๋ายาและเวชภัณฑ์ ในวันที่มารับกระเป๋ายา
งานบริการฯ จะคืนบัตรนักศึกษาหรือบัตรประชาชน ในวันที่มาคืนกระเป๋ายาฯ
๔. ในกรณีกระเป๋ายาหายหรือชำรุด ผู้มาติดต่อรับต้องรับผิดชอบ
๕. หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมให้นำส่งกระเป๋ายาพร้อมยาและเวชภัณฑ์ที่เหลือ

ขอขอบคุณในความร่วมมือ
งานบริการสุขภาพ

หมายเหตุ หากมีข้อสงสัยสอบถามรายละเอียดได้ที่ โทร ๐๔๒-๔๑๑๐๔๐ ต่อ ๑๔๓๐
ติดต่อเจ้าหน้าที่ โทร ๐๙๓-๕๖๓-๒๕๒๓