



คลินิกเวชกรรม สจล. คณะแพทยศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง  
โทรศัพท์ 02-329-8143 (สายใน 3633)

### แบบขอความอนุเคราะห์ยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์

วันที่.....

คณะ.....ภาควิชา.....

เรียน คณบดี คณะแพทยศาสตร์  
ด้วย (ส่วน/คณะ/สาขา/ชมรม).....

ได้จัดโครงการ.....

ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....รวมเวลา.....วัน

มีผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน.....คน (ตามโครงการ)

ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ : ชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้น

โดยจะขอรับเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ วันที่.....จำนวน.....กล่อง

และจะนำส่งกล่องเวชภัณฑ์พร้อมเวชภัณฑ์คงเหลือ วันที่.....

ยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ต้องการเป็นพิเศษ .....

.....

.....

ผู้ประสานงาน (นาย/นาง/นางสาว).....โทรศัพท์.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักขอบคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้าโครงการ

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ หรือ  
รองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา

#### หมายเหตุ

1. ต้องยื่นแบบขอความอนุเคราะห์ฯ ล่วงหน้า 5 วันทำการ ก่อนวันที่ขอรับเวชภัณฑ์ทางการแพทย์
2. ส่งแบบขอความอนุเคราะห์ฯ ที่คณะแพทยศาสตร์

เรียน คณบดี/รองคณบดี คณะแพทยศาสตร์  
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

แจ้ง คลินิกเวชกรรม สจล.  
เพื่อดำเนินการ