



แบบฟอร์มขออนุเคราะห์กระเป๋าและเวชภัณฑ์  
งานบริการสุขภาพ กองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ชมรม/โครงการ/กิจกรรม.....

คณะ/หน่วยงาน.....

วันที่.....

เรื่อง ขออนุเคราะห์กระเป๋าและเวชภัณฑ์

เรียน ผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาเอกสารโครงการ/กิจกรรม

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

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

สถานที่จัดกิจกรรม.....

มีนักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมโดยประมาณ จำนวน .....คน

ในการนี้ ใคร่ขออนุเคราะห์กระเป๋าและเวชภัณฑ์ จำนวน.....ใบ โดยจะขอรับ  
กระเป๋าเวชภัณฑ์ (หลังจากยื่นแบบฟอร์ม 2 วันทำการ ก่อนทำกิจกรรม) ในวันที่.....ระ ห ว่ าง  
เวลา 08.30-16.30 น. และจะนำส่งกระเป๋าเวชภัณฑ์พร้อมเวชภัณฑ์คงเหลือ (ภายใน 2 วันทำการ ภายหลัง  
สิ้นสุดกิจกรรม) ในวันที่.....

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

ชั้นปี.....สาขา.....คณะ.....

โทรศัพท์ (มือถือ).....เป็นผู้ประสานงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์กระเป๋าและเวชภัณฑ์ สำหรับใช้ในกิจกรรมดังกล่าว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับกระเป๋าเวชภัณฑ์

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ผู้รับผิดชอบโครงการ

หมายเหตุ โปรดแนบสำเนาเอกสารโครงการ/กิจกรรม มาด้วยทุกครั้ง(ถ้ามี)



ขั้นตอนการขอรับบริการ กระเป๋ายาและเวชภัณฑ์  
งานบริการสุขภาพ กองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี

โครงการ / กิจกรรม/ ค่าย ต่าง ๆ ของนักศึกษาและบุคลากรที่มีความประสงค์ขอรับบริการ  
กระเป๋ายาและเวชภัณฑ์ เพื่อใช้ในกิจกรรมโปรดดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. โครงการหรือ กิจกรรม จะต้องได้รับอนุมัติ จากอาจารย์หรือผู้ที่รับผิดชอบโครงการ
2. ส่งแบบฟอร์ม หรือ หนังสือขอความอนุเคราะห์ยาและเวชภัณฑ์ ล่วงหน้า 2 วันทำการ ได้ที่  
งานบริการสุขภาพ กองพัฒนานักศึกษา
3. เก็บบัตรนักศึกษาหรือบัตรประชาชนมัดจำกระเป๋ายาและเวชภัณฑ์ ในวันที่มารับกระเป๋ายา  
งานบริการฯ จะคืนบัตรนักศึกษาหรือบัตรประชาชน ในวันที่มาคืนกระเป๋ายาฯ
4. ในกรณีกระเป๋ายาหายหรือชำรุด ผู้มาติดต่อรับต้องรับผิดชอบ
5. หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมให้นำส่งกระเป๋ายาพร้อมยาและเวชภัณฑ์ที่เหลือ

ขอขอบคุณในความร่วมมือ  
งานบริการสุขภาพ

หมายเหตุ หากมีข้อสงสัยสอบถามรายละเอียดได้ที่ โทร 042-411040 ต่อ 1430  
ติดต่อเจ้าหน้าที่ โทร 093-563-2523