

**แบบขอใช้บริการห้องปฏิบัติการพยาบาล**

**คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาเขตปัตตานี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**

วัน/เดือน/ปี ที่รับบริการ ......./................./.......

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..........................................................................................ตำแหน่ง(อาจารย์/บุคลากร/นักศึกษาชั้นปีที่.......)

สังกัดภาควิชา/หน่วยงาน.......................................................................................โทรศัพท์...................................................................................... ที่อยู่ที่ติดต่อได้........................................................................................................................................................................... ...............................

มีความประสงค์ขอใช้ห้องในรายวิชา.................................................................ในวันที่......./................./.......ตั้งแต่เวลา...............น. ถึง..............น. พร้อมอุปกรณ์ดังนี้

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการ**  **(ระบุเป็นชื่อวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์)** | **จำนวน** | **หน่วย** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ลงชื่อ...........................................ผู้ขอใช้บริการ  วันที่................................................................. | ลงชื่อ...........................................เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ  วันที่............................................................................... |
| ลงชื่อ...........................................อาจารย์นิเทศ/อาจารย์ผู้สอน  วันที่......................................................................................... |  |

**แบบขอใช้บริการยืมวัสดุ ครุภัณฑ์ กรณีนำออกนอกห้องปฏิบัติการพยาบาล**

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี**

วัน/เดือน/ปี ที่ขอใช้บริการ ......./................./.......

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ....................................... ตำแหน่ง(อาจารย์/บุคลากร/นักศึกษาชั้นปีที่...........)โทรศัพท์.............................

สังกัดภาควิชา/หน่วยงาน.......................................................................... ที่อยู่ที่ติดต่อได้.........................................................................................

มีความประสงค์จะขอยืมวัสดุ/ครุภัณฑ์ เพื่อใช้ในการ........................................ ณ สถานที่.....................................ในวันที่........./................./.........

และกำหนดส่งคืนภายในวันที่......./................./....... โดยมีรายการยืมดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการ** | **จำนวนยืม** | **หน่วย** | | **จำนวนคืน** | **หน่วย** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  | | | | ลงชื่อ..................................................ผู้ยืม  (................................................)  วันที่................................................................. | | | | |
| เห็นสมควรให้ยืม ไม่สมควรให้ยืม  ลงชื่อ..................................................  (...............................................)  อาจารย์ผู้สอน/ผู้รับผิดชอบรายวิชา  วันที่.................................... | | | | อนุมัติ ไม่อนุมัติ  ลงชื่อ..................................................  (...............................................)  อาจารย์ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการพยาบาล  วันที่....................................  (อาจารย์นฤมล จีนเมือง ,อาจารย์รัตติกาล เรืองฤทธิ์) | | | | |
| ลงชื่อ..................................................  (...............................................)  ผู้จ่ายวัสดุ ครุภัณฑ์  วันที่.................................... | | | | ลงชื่อ..................................................  (...............................................)  ผู้รับวัสดุ ครุภัณฑ์  วันที่..................................... | | | | |
| ห้องปฏิบัติการได้รับคืน วัสดุ ครุภัณฑ์ เรียบร้อยแล้ว  ลงชื่อ..................................................  (...............................................)  ผู้รับคืนวัสดุ ครุภัณฑ์  วันที่.................................... | | | | ลงชื่อ..................................................  (...............................................)  ผู้ส่งคืนวัสดุ ครุภัณฑ์  วันที่.................................... | | | | |

หมายเหตุ - วัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ข้าพเจ้าได้ยืมข้างต้นนี้ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานได้ หากปรากฏว่าเมื่อข้าพเจ้านำมาส่งคืน วัสดุ ครุภัณฑ์มีการชำรุดหรือสูญหาย ข้าพเจ้ายินดีชดใช้ค่าเสียหายตามสภาพที่ชำรุด หรือสูญหาย โดยไม่มีข้อแม้ใดๆทั้งสิ้น

- กรณีครุภัณฑ์ (หุ่นต่างๆ) ต้องได้รับการอนุมัติจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เท่านั้น จึงจะสามารถยืมไปใช้นอกสถานที่ได้

อัตราค่าปรับ/ค่าบริการ

อัตราค่าปรับกรณีส่งวัสดุ ครุภัณฑ์ช้ากว่ากำหนด เป็นจำนวนเงิน........บาท เลขที่ใบเสร็จรับเงิน......................

อัตราค่าบริการวิชาการ ค่าวัสดุ ครุภัณฑ์ ห้องฝึก และหุ่นฝึกปฏิบัติต่างๆ เป็นจำนวนเงิน........บาท เลขที่ใบเสร็จรับเงิน................

**แบบขอแจ้งยกเลิกการขอใช้ห้องฝึกปฏิบัติการพยาบาล**

วัน/เดือน/ปี ......./................./.......

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ............................................................ตำแหน่ง(อาจารย์/บุคลากร/นักศึกษาชั้นปีที่.......)

ผู้ขอใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล ในวันที่...................................................... ตั้งแต่เวลา.....................น. ถึงเวลา...................น.

ปัจจุบันไม่มีความจำเป็นต้องใช้ห้องฝึกปฏิบัติการพยาบาล จึงแจ้งยกเลิกการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลในวัน และเวลาดังกล่าว

ลงชื่อ.....................................................ผู้ขอใช้

(.............................................................)

ตำแหน่ง.......................................................

ลงชื่อ.....................................................เจ้าหน้าที่

(.............................................................)

ตำแหน่ง.........................................................

**แบบรายงานเหตุการณ์การชำรุด/เสียหาย**

**ห้องฝึกปฏิบัติการพยาบาล**

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี**

วันที่...........เดือน....................พ.ศ.........

เรื่อง แจ้งรายงานเหตุการณ์อุปกรณ์ห้องปฏิบัติการพยาบาลเกิดการชำรุด/เสียหาย

เรียน ……………………………………………………………………………………………………….

ข้าพเจ้า (นาย ,นาง ,นางสาว) .................................................................................................

ตำแหน่ง (อาจารย์/บุคลากร/นักศึกษา ชั้นปีที่......) สังกัดภาควิชา/หน่วยงาน....................................................

โทรศัพท์..................................................................ที่อยู่ที่ติดต่อได้.................................................................

ได้กระทำอุปกรณ์ห้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลเกิดการชำรุด/เสียหาย ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | รายการ | จำนวน | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

เนื่องจากเหตุการณ์................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ........................................................

(....................................................)

(อาจารย์/บุคลากร/นักศึกษา ชั้นปีที่......)

ลงชื่อ........................................................

(....................................................)

พยาน (อาจารย์/บุคลากร/นักศึกษา ชั้นปีที่......)

ความคิดเห็น.....................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

ลงชื่อ...........................................................

(....................................................)

อาจารย์ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการพยาบาล

**แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการห้องฝึกปฏิบัติการพยาบาล**

**ภาคการศึกษาที่.....ปีการศึกษา...........**

|  |  |
| --- | --- |
| **ผู้ใช้บริการ** | **ลักษณะการจัดให้บริการ** |
| อาจารย์ สังกัดภาควิชา........................................  นักศึกษา หลักสูตร................................ชั้นปี......  อื่นๆ (ระบุ)……………………………………. | การเรียนการสอนรายวิชา......................................  โครงการบริการวิชาการ  ใช้สถานที่เพื่อดูสื่อการสอน  ยืม – คืนวัสดุ/อุปกรณ์ และสื่ออื่นๆ  อื่นๆ(โปรดระบุ)................................................... |

**โปรดทำเครื่องหมาย** ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกพึงพอใจของท่านมากที่สุด

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ** | **ดีมาก**  **(5)** | **ดี**  **(4)** | **ปานกลาง (3)** | **พอใช้**  **(2)** | **ปรับปรุง (1)** |
| 1.สถานที่ และวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ |  |  |  |  |  |
| 1.1 ความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อย |  |  |  |  |  |
| 1.2 เครื่องใช้อุปกรณ์ แยกเป็นหมวดหมู่ หยิบใช้ง่าย |  |  |  |  |  |
| 1.3 มีจำนวนเพียงพอ |  |  |  |  |  |
| 1.4 มีคุณภาพ |  |  |  |  |  |
| 1.5 อยู่ในสภาพพร้อมใช้ |  |  |  |  |  |
| 1.6 มีความทันสมัย ตรงกับการใช้งานในปัจจุบัน |  |  |  |  |  |
| 2. คู่มือฝึกปฏิบัติ/สื่อประกอบการฝึกปฏิบัติ |  |  |  |  |  |
| 3.1 มีจำนวนเพียงพอ |  |  |  |  |  |
| 3.2 รายละเอียดครบถ้วน |  |  |  |  |  |
| 3.3 ขั้นตอนชัดเจน เข้าใจง่าย |  |  |  |  |  |
| 3.4 เนื้อหาทันสมัย |  |  |  |  |  |
| 3. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ |  |  |  |  |  |
| 3.1 ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ |  |  |  |  |  |
| 3.1.1 มีขั้นตอน และรอบเวลาในการให้บริการ กำหนดไว้อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร  และประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการรับทราบล่วงหน้า |  |  |  |  |  |
| 3.1.2 สามารถเข้าถึงการขอรับบริการ หรือมีช่องทางติดต่อสื่อสารได้หลายช่องทาง |  |  |  |  |  |
| 3.1.3 ระยะเวลาให้บริการมีความเหมาะสม |  |  |  |  |  |
| 3.1.4 ระบบบริการมีความยืดหยุ่น สามารถปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ |  |  |  |  |  |
| 4.1.5 มีการติดตามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอย่างสม่ำเสมอ และ/หรือ มีช่องทางการรับ ข้อร้องเรียน / ข้อเสนอแนะได้โดยสะดวก |  |  |  |  |  |
| 3.2 ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ |  |  |  |  |  |
| 3.2.1 บริการด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม ไม่เลือกปฎิบัติ |  |  |  |  |  |
| 3.2.2 บริการด้วยความสุภาพ และด้วยไมตรีจิต |  |  |  |  |  |
| 3.2.3 บริการด้วยความกระตือรือร้น รวดเร็ว ฉับไว |  |  |  |  |  |
| 3.2.4 บริการด้วยความยินดี และเต็มใจ |  |  |  |  |  |
| 3.3 ด้านผลการให้บริการ |  |  |  |  |  |
| 3.3.1 ได้รับบริการที่ประทับใจ |  |  |  |  |  |
| 3.3.2 ได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ |  |  |  |  |  |
| 3.3.3 ได้รับบริการที่เป็นประโยชน์ |  |  |  |  |  |
| 4. การประชาสัมพันธ์ |  |  |  |  |  |
| 4.1 มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูล ข่าวสารต่างๆ ให้ทราบเป็นระยะอย่างทั่วถึง |  |  |  |  |  |
| คะแนนรวม |  |  |  |  |  |
| คะแนนเฉลี่ย |  |  |  |  |  |
| ข้อเสนอแนะอื่นๆ.................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | ผลการประเมินอยู่ในระดับ  ดีมาก (คะแนนเฉลี่ย = 4.21 – 5.00)  ดี (คะแนนเฉลี่ย = 3.41 – 4.20)  ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย = 2.61 – 3.40)  พอใช้ (คะแนนเฉลี่ย = 1.81 – 2.60)  ควรปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย < 1.81) | | | | |



**แบบสำรวจการใช้บริการห้องฝึกปฏิบัติการพยาบาล** ภาคการศึกษาที่....../.........

| ว/ด/ป | เวลา | ผู้ขอใช้บริการ (รายวิชา) | กิจกรรม/รายการวัสดุ อุปกรณ์ | จำนวนอุปกรณ์ | หน่วย  (ชิ้น ,ชุด) | จำนวนนักศึกษาต่อกลุ่ม | จำนวนห้องฝึก/ห้องที่ต้องการ | รายละเอียดเพิ่มเติม |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

รายวิชา........................................................................................ภาควิชา/หน่วยงาน......................................................ชื่ออาจารย์ผู้ประสานงานรายวิชา.....................................................................

\*\*\*หมายเหตุ : ระบุจำนวนวัสดุที่ต้องการใช้ให้ชัดเจน