



## บันทึกขี้มกระเป๋ายาสามัญประจำบ้าน

ที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้ช่วยอธิการบดี/ผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา  
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ขี้มกระเป๋ายาสามัญประจำบ้าน

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....สังกัดคณะ/หน่วยงาน.....  
เบอร์โทรศัพท์..... มีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์ขี้มกระเป๋ายาสามัญประจำบ้าน จำนวน..... ใบ  
เพื่อให้บริการด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในโครงการ/กิจกรรม.....  
ในวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... ถึง วันที่.....เดือน..... พ.ศ..... ณ .....  
จังหวัด..... ซึ่งมีผู้เข้าร่วมโครงการ/กิจกรรม ดังนี้

1. นักศึกษา จำนวน.....คน
2. บุคลากร จำนวน.....คน
3. อื่นๆ จำนวน.....คน

ทั้งนี้ จะขอเข้ารับกระเป๋ายาสามัญประจำบ้านในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

และจะส่งคืนในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**(กรุณาแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 3 - 5 วัน)**

ลงชื่อ.....ผู้ขี้ม  
(.....)  
เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ขี้ม  
(.....)  
นักสุขศึกษา

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ  
(.....)  
หัวหน้างานบริการและสวัสดิการนักศึกษา

ลงชื่อ.....ผู้อนุญาต  
(.....)  
ผู้ช่วยอธิการบดี/ผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา