

**ใบเบิก-คืน เครื่องแก้วและอุปกรณ์วิทยาศาสตร์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-นามสกุล.....ตำแหน่ง/รหัส.....
 คณะ/ภาควิชา.....ชั้นปี.....เบอร์โทรศัพท์.....
 E-Mail.....เพื่อใช้ในการงาน/วิชา.....
 วันที่ยืม.....วันที่คืน.....

ลำดับ	รายการ	ขนาด	จำนวน	หมายเหตุ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

- ผู้ขอเบิก ขอรับผิดชอบเครื่องแก้วและอุปกรณ์ในรายการดังกล่าวทั้งหมด และยินยอมให้ปรับในกรณีที่คืนเครื่องแก้วและอุปกรณ์ไม่ครบตามรายการหรือในกรณีที่เครื่องแก้วมีรอยร้าว บิ่น แตกหัก หรือชำรุดเสียหาย ไม่สามารถใช้งานได้ดังเดิม
 - การเบิกเครื่องแก้วมีกำหนดคืนไม่เกิน 2 เดือนต่อครั้ง

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ให้เบิก
 (.....)
/...../.....

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา
 (.....)
/...../.....