**แบบตรวจสอบการยืมเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางทันตกรรม**

**คลังทันตอุปกรณ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ**

 ด้วยข้าพเจ้า ..............................................................................รหัสประจำตัวนิสิต.....................................ซึ่งเป็นนิสิตหลักสูตร .............................................................สาขาวิชา......................................................................

ได้ทำการตรวจสอบรายการยืมเครื่องมือ/ อุปกรณ์ทางทันตกรรมของคลังทันตอุปกรณ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ แล้ว พบว่า

 ❑ ข้าพเจ้า**ไม่ได้ทำการยืมเครื่องมือ/อุปกรณ์**ทางทันตกรรมของคลังทันตอุปกรณ์ ในระหว่างที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรฯ

 ❑ ข้าพเจ้า**ได้ทำการยืมเครื่องมือ/อุปกรณ์**ทางทันตกรรมของคลังทันตอุปกรณ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

 ประเภทเครื่องมือ/อุปกรณ์ ......................................................จำนวน .....................................ชิ้น/อัน

 ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ดำเนินการคืนเครื่องมือ/อุปกรณ์ดังกล่าวให้แก่คลังทันตอุปกรณ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ เมื่อวันที่ .................................................

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

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

 วันที่ ................/.................................../................

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 คลังทันตอุปกรณ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแล้ว พบว่า

 ❑ นิสิตตามรายชื่อดังกล่าวไม่ได้ทำการยืมเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางทันตกรรมของคลังทันตอุปกรณ์ ในระหว่างที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรฯ

 ❑ นิสิตตามรายชื่อดังกล่าวได้ทำการยืมเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางทันตกรรมของคลังทันตอุปกรณ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

 ประเภทเครื่องมือ/อุปกรณ์ ..........................................................จำนวน .....................................ชิ้น/อัน

 ทั้งนี้ นิสิตได้ดำเนินการคืนเครื่องมือ/อุปกรณ์ดังกล่าวให้แก่คลังทันตอุปกรณ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ เมื่อวันที่ .....................................................................น.

ขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริง

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

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

 เจ้าหน้าที่คลังทันตอุปกรณ์

 วันที่ ................/...................................../................