**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 ................/...................................../................