**แบบบันทึกการขอใช้บริการยา**

1. เลขที่โครงการวิจัย MUSC \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_

2. ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย ……………………………………………………………………………………………………………………

3. ชื่อผู้เขียนแบบบันทึกการขอใช้บริการ ….........................................................................................................

เบอร์มือถือ (สำหรับติดต่อ) ……………………………………………………………………………………………………………..

4. รายการขอใช้บริการยาดังนี้

 ยาดมสลบ Isoflurane จำนวน...........................ขวด

 ยาซึมแบบฉีด Xylazine จำนวน...........................ขวด

 ยาสลบแบบฉีด Zoletil จำนวน...........................ขวด

 ยาสลบแบบฉีด Thiopental จำนวน...........................ขวด

 ยาอื่น ๆ ............................................................................................................................................................

5. รายละเอียดการขอใช้บริการ

วันที่ต้องการใช้ ..................... เดือน ...................................... ปี ................. เวลา .............................................

รายละเอียดอื่น ๆ ..............................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

6. คำรับรองกรณีชำระค่าบริการ

ข้าพเจ้า ............................................................................................................................. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ยินยอมชำระค่าบริการที่เกิดขึ้น

 ลงนาม ................................................... ผู้ขอใช้บริการ

 ลงนาม ................................................... สัตวแพทย์ประจำหน่วยสัตว์ทดลอง