

in.....

วันที่.....

ผู้ขอใช้บริการ ภาควิชา/หน่วยงาน โทร.

เพื่อใช้ :

[พันธกิจหลัก] :

- ☐ ด้านการศึกษา (จัดการศึกษาด้านการแพทย์ พยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ)
- ☐ ด้านการวิจัย (สร้างงานวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการนำไปประยุกต์ใช้)
- ☐ ด้านการดูแลสุขภาพ (ให้การดูแลสุขภาพ (สร้างเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ) ที่มีคุณภาพ เพื่อสนับสนุนการเรียนการสอน และการวิจัย)
- ☐ ด้านบริการวิชาการ (ให้ความรู้ หรือคำปรึกษาทางวิชาการด้านการแพทย์ พยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ)

[พันธกิจสนับสนุน] : ☐ ด้านสร้างเสริมสุขภาพ ☐ ด้านศิลปวัฒนธรรม ☐ ด้านวิชาการ ☐ พันธกิจสนับสนุนอื่นๆ

รายการ

วันที่ขอใช้บริการ ถึง เดือน พ.ศ.

เวลาเริ่มงานจริง น. เลิกงานจริง น.

สถานที่ใช้งาน :

- | | |
|---|--|
| ☐ หอประชุมอารี วัลยะเสวี | ☐ หน้าหอประชุมอารี วัลยะเสวี |
| ☐ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ | ☐ ห้องประชุมท่านผู้หญิงวิระยา ขวกุล |
| ☐ ห้องประชุม 502 | ☐ ห้องประชุมอาคารสุโขเพลส |
| ☐ สตูดิโออาคารสุโขเพลส | ☐ ลานอเนกประสงค์(หน้าการเงินกลาง) |
| ☐ ลานพระราชบิดา | ☐ ได้อาคารบริหาร(อาคารเรียนรวมเดิม) |

ห้องประชุมอื่นๆ

.....

☐ Notebook Computer (เป็นบริการส่วนห้องประชุม)

☐ LCD Projector (8ตัว)

☐ Visualizer (เครื่องฉายทึบแสง) (4ตัว)

☐ LCD TV 55 นิ้ว (2ตัว)

☐ จอฉายชนิดตั้งพื้น 120 นิ้ว (2จอ)

☐ จอฉายชนิดตั้งพื้น 100 นิ้ว (2จอ)

☐ ชุดเครื่องเสียงเคลื่อนที่เต็มระบบ (2ชุด)

☐ ชุดเครื่องเสียงแบบลาก+ไมค์ลอย2ตัว (2ชุด)

** ไม่จะมีให้ในห้องประชุมตามลักษณะงาน

รายละเอียดเพิ่มเติมอื่นๆ

.....
.....

หมายเหตุ

แบบฟอร์มนี้ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถของานในระบบ Online ได้ โดยต้องติดต่อกับเจ้าหน้าที่งานโสตทัศนศึกษา ก่อน และสามารถส่งใบงานมาที่ Fax : 2450 หรือ E-mail : audiovisual.rama@gmail.com

ได้ติดต่อกับเจ้าหน้าที่ ชื่อ..... ลงชื่อ ผู้ขอใช้บริการ

ชื่อผู้ประสานงาน (กรณีติดตั้งเครื่องล่วงหน้า) โทร.

ยืมอุปกรณ์ไปติดตั้งเอง วันที่ (ผู้ยืมจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบนำอุปกรณ์ที่ยืมมาส่งคืนงานโสตทัศนศึกษา)

ชื่อผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเมื่อเกิดความเสียหายจากการใช้งานผิดวิธี โทร.

ชื่อผู้ยืม

ผู้ให้บริการ

วันที่

วันที่

ใบเตือนการส่งอุปกรณ์คืน

(สถานที่ในการรับคืน : ชั้น 2B อาคารวิจัยและสวัสดิการ)

in.....

อุปกรณ์ที่ยืม วันที่ยืม เดือน พ.ศ.

กำหนดวันส่งคืน เดือน พ.ศ. เวลา น.

ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเมื่อเกิดความเสียหายจากการใช้ผิดวิธี โทร.

สภาพอุปกรณ์คืน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ☐ ตามกำหนด ☐ ไม่ตรงตามกำหนด

ชื่อผู้ยืม เจ้าหน้าที่ สทศ. ผู้ตรวจรับเครื่องคืน

..... / /

..... / /

หากพบปัญหาใด ๆ เกี่ยวกับการให้บริการของท่านโปรดติดต่อ คุณพนธกร โทร. 46206, คุณเจริญ โทร. 48975, หน่วยธุรการ โทร. 1702