

ชื่อ - นามสกุล..... โรงเรียน/หน่วยงาน..... โทร.....

วัตถุประสงค์การใช้..... สถานที่ใช้ (ห้อง).....

วันที่ใช้..... เวลา..... ถึง..... น.

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่ต้องการขอใช้

รายการ	จำนวน
เครื่องฉายโปรเจคเตอร์	
เครื่องฉายแผ่นทึบ (Visual Presentation : VCR)	
คอมพิวเตอร์ (Note Book)	
คอมพิวเตอร์ (PC)	

รายการ	จำนวน
เครื่องขยายเสียงไร้สาย	
ไมโครโฟนไร้สาย	
Remote Presentation	
กล้องถ่าย VDO	
ชุดเครื่องเสียงเคลื่อนที่	

กำหนดส่งคืนวันที่..... เวลา..... น. ลงชื่อ..... ผู้ขอใช้ วันที่.....

..... จนท ผู้รับจอง วันที่.....

..... จนท ผู้รับคืน วันที่.....

☎ ผู้ขอใช้กรุณาโทรศัพท์ตรวจสอบกับเจ้าหน้าที่โสตฯ ทุกครั้งที่ขอใช้บริการ และกรุณาโทรแจ้งทุกครั้งเมื่อใช้อุปกรณ์เสร็จ หรืองดใช้เพื่อป้องกันการสูญหาย โทร. 1680, 49034 (โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ณ ศาลา โทร. 441-4234 ต่อ 113)

ชื่อ - นามสกุล..... โรงเรียน/หน่วยงาน..... โทร.....

วัตถุประสงค์การใช้..... สถานที่ใช้ (ห้อง).....

วันที่ใช้..... เวลา..... ถึง..... น.

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่ต้องการขอใช้

รายการ	จำนวน
เครื่องฉายโปรเจคเตอร์	
เครื่องฉายแผ่นทึบ (Visual Presentation : VCR)	
คอมพิวเตอร์ (Note Book)	
คอมพิวเตอร์ (PC)	

รายการ	จำนวน
เครื่องขยายเสียงไร้สาย	
ไมโครโฟนไร้สาย	
Remote Presentation	
กล้องถ่าย VDO	
ชุดเครื่องเสียงเคลื่อนที่	

กำหนดส่งคืนวันที่..... เวลา..... น. ลงชื่อ..... ผู้ขอใช้ วันที่.....

..... จนท ผู้รับจอง วันที่.....

..... จนท ผู้รับคืน วันที่.....

☎ ผู้ขอใช้กรุณาโทรศัพท์ตรวจสอบกับเจ้าหน้าที่โสตฯ ทุกครั้งที่ขอใช้บริการ และกรุณาโทรแจ้งทุกครั้งเมื่อใช้อุปกรณ์เสร็จ หรืองดใช้เพื่อป้องกันการสูญหาย โทร. 1680, 49034 (โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ณ ศาลา โทร. 441-4234 ต่อ 113)