



แบบฟอร์มการขอใช้ห้องปฏิบัติการเรียนการสอน / ห้องปฏิบัติการวิจัย คณะเทคนิคการแพทย์ สำหรับบุคคลภายนอก/นักศึกษา

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์และขออนุญาตใช้สถานที่และวัสดุ/อุปกรณ์ของ  ห้องปฏิบัติการ 1  ห้องปฏิบัติการ 2  ห้องปฏิบัติการวิจัย คณะเทคนิคการแพทย์

เรียน  คณบดี  รองคณบดี

ข้าพเจ้า ..... นามสกุล ..... และมีผู้ร่วมขอใช้ห้องรวมจำนวน ..... คน ดังนี้  
 ..... นามสกุล .....  
 ..... นามสกุล .....  
 ..... นามสกุล .....

- อาจารย์ / บุคลากรคณะ ..... โทรศัพท์ ..... มือถือ .....
- นักศึกษาชั้นปีที่ ..... รหัสนักศึกษา ..... มือถือ .....
- อื่น ๆ ตำแหน่ง ..... หน่วยงาน ..... มือถือ .....

มีความประสงค์ขอใช้

- ห้องปฏิบัติการ 1 (MT 302)  ห้องปฏิบัติการ 2 (MT 306)  ห้องปฏิบัติการวิจัยคณะฯ (MT 403)

เพื่อใช้ในการศึกษา

- โครงการปัญหาพิเศษ/โครงการวิจัยนักศึกษา เรื่อง .....  
โดยมีอาจารย์ ..... เป็น  อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
  - โครงการวิจัย เรื่อง .....  
โดยมี ..... เป็น  หัวหน้าโครงการ  ผู้ร่วมวิจัย
  - โครงการบริการ/พัฒนาวิชาการ เรื่อง .....  
โดยมี ..... เป็น  หัวหน้าโครงการ  ผู้ร่วมวิจัย
  - อื่น ๆ เรื่อง .....  
โดยมี ..... เป็น  ผู้รับผิดชอบหลัก  ผู้ร่วม
- ในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... ถึงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
- ในเวลางาน ตั้งแต่เวลา ..... น. ถึง ..... น.
  - นอกเวลางาน ตั้งแต่เวลา ..... น. ถึง ..... น.

ทั้งนี้ ถ้ามีการขอใช้อุปกรณ์-วัสดุวิทยาศาสตร์/ครุภัณฑ์ ต้องระบุรายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายเลขที่ ..... /..... จำนวน 1 ชุด

ในการขอใช้ห้องปฏิบัติการนี้ ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามกฎระเบียบการใช้ห้องปฏิบัติการนั้น ๆ ทุกประการ หากเกิดความเสียหายจากการใช้ห้อง/วัสดุอุปกรณ์ภายในห้องนั้น ผู้ใช้และอาจารย์ผู้ดูแลรับผิดชอบหลัก/ร่วม ยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเสียหายทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ลงชื่อ) ..... (ผู้ขอใช้บริการ) (ลงชื่อ) ..... (อาจารย์/หัวหน้าโครงการหลักและร่วม)  
วันที่ ..... วันที่ .....

<p>สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลห้อง</p> <p><input type="radio"/> ห้องดังกล่าวว่าง <input type="radio"/> ห้องดังกล่าวไม่ว่าง</p> <p>ขอให้ผู้ใช้บริการติดต่อขอรับกุญแจ</p> <p><input type="radio"/> ห้องปฏิบัติการ 1-2 (MT 302,306) (รับที่นักวิทยาศาสตร์ ชั้น 3)</p> <p><input type="radio"/> ห้องปฏิบัติการวิจัย (MT 403) (รับที่นักวิทยาศาสตร์ ชั้น 3)</p> <p>ขอให้ผู้ใช้บริการบุคคลภายนอก/นักศึกษา ติดต่อขอรับบัตร ได้ที่ งานวิจัย</p> <p>โดยมอบหมายให้ อาจารย์ผู้ดูแลรับผิดชอบหลัก/ร่วม เป็นผู้รับผิดชอบดูแลความเรียบร้อยของห้องดังกล่าว หลังการใช้งานเสร็จทุกครั้ง</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้เสนอ (.....) ตำแหน่ง..... วันที่ .....</p>	<p>เรียน <input type="radio"/> คณบดี <input type="radio"/> รองคณบดี</p> <p><input type="radio"/> อนุมัติ</p> <p><input type="radio"/> ไม่อนุมัติ</p> <p>เนื่องจาก .....</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้อนุมัติ (.....) ตำแหน่ง..... วันที่ .....</p>
--	---



เอกสารแนบท้ายเลขที่ ...../.....

**รายการขอใช้อุปกรณ์-วัสดุวิทยาศาสตร์-ครุภัณฑ์**

 เพื่อใช้ในการศึกษา เรื่อง .....  
 ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....  
 เวลา ..... ถึง ..... ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการอุปกรณ์-วัสดุวิทยาศาสตร์-ครุภัณฑ์ ที่ขอใช้งานในห้องปฏิบัติการ	จำนวน/ชิ้น/ชุด	สภาพรายการขอใช้-พร้อมใช้งาน (ลงนามรับรอง)				ลงชื่อ.ที่ปรึกษา/ ผู้รับผิดชอบหลัก-ร่วม
			สำหรับผู้ขอใช้บริการ		สำหรับนักวิทยาศาสตร์		
			ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

 (ลงชื่อ) ..... (ผู้ขอใช้บริการ)  
 ตำแหน่ง.....  
 วันที่ .....

**หมายเหตุ**

- กรุณาส่งแบบฟอร์มการขอใช้ห้องปฏิบัติการฯ และ รายการขอใช้อุปกรณ์-วัสดุวิทยาศาสตร์-ครุภัณฑ์ (ถ้ามี) ได้ที่ งานวิจัยคณะฯ ล่วงหน้าอย่างน้อย 4 วันทำการ และในเวลางาน
- หลังจากการใช้งาน แล้วเสร็จตามระยะเวลาที่ขอใช้บริการไว้  
ขอให้ผู้ขอใช้บริการ/อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก-ร่วม กรุณาส่งคืนรายการอุปกรณ์-วัสดุวิทยาศาสตร์-ครุภัณฑ์ที่ขอใช้งาน  
ได้ที่ นักวิทยาศาสตร์ ชั้น 3 เพื่อตรวจสอบสถานะรายการขอใช้งานดังกล่าว ตามรายการที่ระบุไว้ตามเอกสารแนบท้าย ..... / .....  
ให้แล้วเสร็จภายใน 2 วันทำการ ก่อน/หลังระยะเวลาสิ้นสุดการขอใช้บริการ
- พร้อมส่งคืน บัตรผู้เข้าใช้บริการ ได้ที่ งานวิจัย ให้แล้วเสร็จภายใน 2 วันทำการ ก่อน/หลังระยะเวลาสิ้นสุดการขอใช้บริการ  
จะขอบคุณยิ่ง