



แบบฟอร์ม: ขอใช้บริการตุลอกเกอร์ ศูนย์นวัตกรรมเพื่อฝึกทักษะคลินิกทางสัตวแพทย์

CU-ICVCT-03

ด้านผู้ให้บริการ หน่วยงาน:.....  
ชื่อผู้ขอ.....

ตำแหน่ง  อาจารย์  เจ้าหน้าที่ประจำ  สัตวแพทย์  อื่นๆ โปรดระบุ.....

มีความประสงค์ขอใช้ตุลอกเกอร์จำนวน..... ตู ตั้งแต่วันที่ ..... ถึง.....(สามารถขอใช้ได้ครั้งละ 7 วัน)  
เพื่อ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบและยินดีปฏิบัติตามระเบียบการใช้ตุลอกเกอร์ทุกประการในการนี้หากมีความเสียหายเกิดขึ้น  
กับตุลอกเกอร์อันเกิดจากการใช้งานที่ผิดวัตถุประสงค์ ข้าพเจ้ายินดีที่จะชดเชยค่าเสียหายแก่ศูนย์ฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริง

**ขอปฏิบัติในการขอใช้ตุลอกเกอร์**

1. ผู้ขอใช้ต้องไม่นำสิ่งของมีค่าเก็บไว้ในตุลอกเกอร์ กรณีที่ทรัพย์สินในตุลอกเกอร์เกิดความเสียหาย ทางศูนย์ฯ จะไม่รับผิดชอบทุกกรณี
2. ไม่ขีดเขียน ตีตีสติกเกอร์ หรือภาพใดๆ ลงบนตุลอกเกอร์ โดยเด็ดขาด
3. ไม่ปรับเปลี่ยนหรือเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ใดๆ ภายในตุลอกเกอร์เด็ดขาด
4. เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการขอใช้ตุลอกเกอร์ ให้เก็บสิ่งของออกให้เรียบร้อย
5. การกระทำใดๆ ก็ตามที่ทำให้ตุลอกเกอร์ชำรุด เสียหาย ต้องชดเชยค่าเสียหาย ให้กับทางศูนย์ฯ

ลงชื่อ..... (ผู้ขอใช้บริการ)

(.....)

เบอร์โทรศัพท์.....

ติดต่อเพื่อรับหมายเลขตุลอกเกอร์ ณ ห้องสำนักงานศูนย์นวัตกรรมเพื่อฝึกทักษะคลินิกทางสัตวแพทย์

**ส่วนของผู้ให้บริการ**

เห็นควรอนุมัติให้ใช้ ตุลอกเกอร์ ช่องที่..... มีระยะเวลาสิ้นสุดการให้บริการในวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้บริการ