



แบบฟอร์ม: ขอใช้-ขอคืนห้อง ศูนย์นวัตกรรมเพื่อฝึกทักษะคลินิกทางสัตวแพทย์

CU-ICVET-02

ด้านผู้ใช้บริการ หน่วยงาน:.....
 ชื่อผู้ขอ.....
 ตำแหน่ง อาจารย์ เจ้าหน้าที่ประจำ สัตวแพทย์ อื่นๆ โปรดระบุ.....

ขอใช้ห้อง	อุปกรณ์อำนวยความสะดวก
ขอใช้ห้อง <input type="radio"/> Smart Class Room <input type="radio"/> Operating Room <input type="radio"/> Cafateria Room <input type="radio"/> Lab 401 ตั้งแต่วันที่.....-..... จำนวนนิสิต..... เวลา.....	<input type="radio"/> จอรับภาพ <input type="radio"/> เครื่องฉายโปรเจคเตอร์ (LCD Projector) <input type="radio"/> โทรทัศน์ (TV) <input type="radio"/> เครื่องขยายเสียง <input type="radio"/> ไมค์โครโฟน <input type="radio"/> 1 หน่วย <input type="radio"/> 2 หน่วย <input type="radio"/> เครื่องถ่ายทอดสัญญาณภาพติดคอมพิวเตอร์ไฟผ่าตัด <input type="radio"/> เครื่องช่วยหายใจ <input type="radio"/> 1 หน่วย <input type="radio"/> 2 หน่วย <input type="radio"/> 3 หน่วย <input type="radio"/> จอมอนิเตอร์ <input type="radio"/> 1 หน่วย <input type="radio"/> 2 หน่วย <input type="radio"/> 3 หน่วย <input type="radio"/> เครื่องดมยาสลบ <input type="radio"/> 1 หน่วย <input type="radio"/> 2 หน่วย <input type="radio"/> 3 หน่วย <input type="radio"/> อื่นๆ
ขอใช้ห้อง <input type="radio"/> Smart Class Room <input type="radio"/> Operating Room <input type="radio"/> Cafateria Room <input type="radio"/> Lab 401 ตั้งแต่วันที่.....-..... จำนวนนิสิต..... เวลา.....	<input type="radio"/> อื่นๆ
ขอใช้ห้อง <input type="radio"/> Smart Class Room <input type="radio"/> Operating Room <input type="radio"/> Cafateria Room <input type="radio"/> Lab 401 ตั้งแต่วันที่.....-..... จำนวนนิสิต..... เวลา.....	

หมายเหตุ 1. กรุณายื่นแบบฟอร์มถึงศูนย์นวัตกรรมเพื่อฝึกทักษะคลินิกทางสัตวแพทย์ล่วงหน้าอย่างน้อย 4 วันทำการ เพื่อจัดการเตรียมห้อง
 2. หากมีการแก้ไขกรุณาติดต่อ นายอนุสรณ์ คณิงทอง โทร. 0819955112

บันทึกการคืน			
ผู้คืนห้อง		ผู้รับคืน	
<input type="radio"/> เรียบร้อยไม่มีอุปกรณ์ใดเสียหาย	<input type="radio"/> มีอุปกรณ์เสียหาย	<input type="radio"/> เรียบร้อยไม่มีอุปกรณ์ใดเสียหาย	<input type="radio"/> มีอุปกรณ์เสียหาย
ลงชื่อ.....	วันที่.....	ลงชื่อ.....	วันที่.....
หน่วยงาน.....	เวลา.....	หน่วยงาน.....	เวลา.....

เจ้าหน้าที่

ความเห็นชอบของหัวหน้าหน่วยงาน

รับทราบ
 รับทราบและให้ดำเนินการ

ลงชื่อ..... วันที่.....
 (.....) เวลา.....

|