



แบบฟอร์ม: ขอยืม/ขอเบิก ชุดทำหัตถการ/เครื่องมือและวัสดุสิ้นเปลือง

CU-ICVET-01

ด้านผู้ใช้บริการ      หน่วยงาน:.....

ผู้ยื่นขออนุมัติ		ผู้รับของ	
วันที่ขอ .....	เวลา .....	วันที่รับรอง .....	เวลา .....
ชื่อผู้ขอ .....		ชื่อผู้รับของ .....	
ตำแหน่ง	<input type="radio"/> อาจารย์ <input type="radio"/> สัตวแพทย์ <input type="radio"/> ผู้ช่วยสัตวแพทย์ <input type="radio"/> เจ้าหน้าที่ประจำ <input type="radio"/> นิสิต <input type="radio"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....	ตำแหน่ง	<input type="radio"/> อาจารย์ <input type="radio"/> สัตวแพทย์ <input type="radio"/> ผู้ช่วยสัตวแพทย์ <input type="radio"/> เจ้าหน้าที่ประจำ <input type="radio"/> นิสิต <input type="radio"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....
สถานะ	<input type="radio"/> เป็นผู้มีความสามารถในการเบิกตามรายชื่อที่แจ้งไว้ <input type="radio"/> เป็นผู้ไม่มีอำนาจในการเบิกตามรายชื่อที่แจ้งไว้ <input type="radio"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....	ผลการติดต่อ	<input type="radio"/> ได้รับของตามรายการ <input type="radio"/> ได้รับของไม่ครบตามรายการ

ลำดับที่	รหัส (ถ้ามี)	รายการที่ต้องการ	ระบุจำนวนและประเภทที่ต้องการ			
			ขอยืม	เบิกเพิ่ม	เบิกทดแทน	เบิกใหม่
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

บันทึกเพิ่มเติม .....

จ่ายวันที่ ..... ชื่อผู้จ่าย .....

บันทึกการคืน			
ผู้คืน		ผู้รับคืน	
<input type="radio"/> ครบตามจำนวน	<input type="radio"/> ยังคงค้าง.....	<input type="radio"/> ครบตามจำนวน	<input type="radio"/> ยังคงค้าง.....
ลงชื่อ.....	วันที่.....	ลงชื่อ.....	วันที่.....
หน่วยงาน.....	เวลา.....	หน่วยงาน.....	เวลา.....

เจ้าหน้าที่	
ความเห็นชอบของหัวหน้าหน่วยงาน	
<input type="radio"/> รับทราบ <input type="radio"/> รับทราบและให้ดำเนินการ	
ลงชื่อ.....	วันที่.....
(.....)	เวลา.....



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.....

|