



แบบฟอร์มขอใช้บริการหน่วยโสตทัศนศึกษา คณะเภสัชศาสตร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ขอใช้บริการ.....ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

วัตถุประสงค์การใช้.....สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายการขอใช้บริการโสตทัศนอุปกรณ์

ลำดับที่	รายการขอใช้	จำนวน	หมายเหตุ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

หมายเหตุ ขอใช้บริการล่วงหน้าอย่างน้อย 2 วัน

รายการขอยืมโสตทัศนอุปกรณ์

รายการ	จำนวน
<input type="checkbox"/> เครื่องฉาย LCD Projector	
<input type="checkbox"/> จอฉาย	
<input type="checkbox"/> สายนำสัญญาณชนิด	
<input type="checkbox"/> กล้องถ่ายวิดีโอระบบดิจิทัล	
<input type="checkbox"/> ขาตั้งกล้อง	
<input type="checkbox"/> เครื่องขยายเสียง	
<input type="checkbox"/> ตู้ลำโพง	
<input type="checkbox"/> ไมค์โครโฟนไร้สาย	
<input type="checkbox"/> ไมค์โครโฟนใช้สาย (ไมค์ลอย)	
<input type="checkbox"/> ตู้ลำโพงเคลื่อนที่ชนิดกระเป่าหิ้วพร้อมไมค์โครโฟน	
<input type="checkbox"/> เครื่องรับโทรทัศน์ (LED TV)	
<input type="checkbox"/> คลิปชาร์ต	
อื่นๆ.....	

ลงชื่อ ผู้ขอใช้บริการ
(.....)
...../...../.....

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่
(.....)
...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)
หัวหน้าภาควิชา/หน่วยงาน/อาจารย์ที่ปรึกษา
...../...../.....

ลงชื่อ
(.....)
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ
...../...../.....