

แบบฟอร์มขอรับบริการด้านคอมพิวเตอร์และโสตทัศนอุปกรณ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-สกุล.....ฝ่าย/กลุ่มงาน.....

นักศึกษาหลักสูตร.....ชั้นปีที่.....

มีความประสงค์ที่จะขอรับบริการงานเทคโนโลยีสารสนเทศและวิทยบริการ ดังรายการต่อไปนี้

ยืมอุปกรณ์

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> เครื่องคอมพิวเตอร์ จำนวน.....เครื่อง | <input type="checkbox"/> คอมพิวเตอร์ Note book จำนวน.....เครื่อง |
| <input type="checkbox"/> Projector จำนวน.....เครื่อง | <input type="checkbox"/> Visualizer จำนวน.....เครื่อง |
| <input type="checkbox"/> กล้องถ่ายภาพ จำนวน.....ตัว | <input type="checkbox"/> กล้องวิดีโอ จำนวน.....ตัว |
| <input type="checkbox"/> โทรทัศน์ จำนวน.....เครื่อง | <input type="checkbox"/> เครื่องขยายเสียง จำนวน.....เครื่อง |
| <input type="checkbox"/> ไมค์ลอย จำนวน.....ชุด | <input type="checkbox"/> ไมค์สายและขาตั้ง จำนวน.....ชุด |
| <input type="checkbox"/> Printer จำนวน.....เครื่อง | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ |

ขอรับบริการ

- ถ่ายภาพ กิจกรรม/โครงการ ระบุ.....
- ถ่ายวิดีโอ กิจกรรม/โครงการ ระบุ.....
- บันทึกข้อมูล/ภาพถ่าย/วิดีโอ ลงแผ่นหรืออุปกรณ์บันทึก
- สแกนภาพ/ตกแต่งภาพ
- ซ่อมแซมอุปกรณ์ที่ชำรุด โปรดระบุ.....
- อื่น ๆ

เพื่อใช้ในกิจกรรม/โครงการ.....(พร้อมแนบโครงการ/กำหนดการมาด้วย)

โดยขอใช้ในระหว่างวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... สถานที่

ในเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา.....น. ถึง

นอกเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา.....น. ถึง

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุมัติ
(.....)

(ลงชื่อ).....อาจารย์ผู้รับผิดชอบ
(.....)

สำหรับบุคลากรงานเทคโนโลยีสารสนเทศและวิทยบริการ	สำหรับหัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศและวิทยบริการ
การตรวจสอบการขอใช้บริการ <input type="checkbox"/> ได้ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ ความคิดเห็น..... ลงชื่อ..... (.....) เจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศและวิทยบริการ/...../.....	การตรวจสอบการขอใช้บริการ <input type="checkbox"/> ได้ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ ความคิดเห็น..... ลงชื่อ..... (.....) เจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศและวิทยบริการ/...../.....
สำหรับรองผู้อำนวยการกลุ่มงานอำนวยการ (กรณีนำอุปกรณ์ออกนอกวิทยาลัยฯ)	
การพิจารณา <input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ ความคิดเห็น..... ลงชื่อ..... (.....) รองผู้อำนวยการกลุ่มงานอำนวยการ/...../.....	

การตรวจรับคืนอุปกรณ์ สมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์ ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจรับ
(...../...../.....)