

แบบฟอร์มขอใช้บริการเครื่องลดขนาดในระดับไมครอน ห้องปฏิบัติการกลาง

ศูนย์วิจัยร่วมภาครัฐและเอกชน คณะเทคโนโลยีการเกษตร สจล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียนหัวหน้าศูนย์วิจัยร่วมภาครัฐและเอกชน

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

นักศึกษา ระดับ ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก

ภาควิชา..... คณะ..... โทรศัพท์.....

อาจารย์/เจ้าหน้าที่ ภาควิชา/หน่วยงาน..... คณะ.....

สังกัดภาครัฐ เอกชน ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... Fax..... Email.....

มีความประสงค์ขอใช้บริการเครื่องมือวิทยาศาสตร์สำหรับงาน

โครงการวิจัย ปัญหาพิเศษ วิทยานิพนธ์ อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่องานวิจัย/โครงการงานพิเศษ เรื่อง.....

อาจารย์ที่ปรึกษา.....

ขอใช้บริการเครื่องมือด้วยตนเอง ขอให้เจ้าหน้าที่ศูนย์ดำเนินการให้

ชื่อ/ชนิดตัวอย่าง..... จำนวน..... ตัวอย่าง

ลักษณะตัวอย่าง.....

ในวันที่..... ตั้งแต่เวลา.....น. ถึงเวลา.....น.

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้ขอใช้บริการ

อาจารย์ที่ปรึกษา/หัวหน้าหน่วยงาน

ความคิดเห็นในการใช้บริการครั้งนี้

อนุญาต

ไม่อนุญาต เพราะ.....

.....
(รศ.ดร. สุนีรัตน์ เรืองสมบูรณ์)
หัวหน้าศูนย์วิจัยร่วมภาครัฐและเอกชน
วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

แจ้งค่าใช้บริการ

สำหรับนักวิทยาศาสตร์

วิเคราะห์วันที่...../...../..... เริ่มเวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลาน. รวม..... ชม.....นาที่
จำนวนชั่วโมงที่ใช้บริการ..... ชั่วโมง โดยค่าใช้บริการชั่วโมงละ..... บาท
รวมค่าใช้บริการเป็นจำนวนเงิน..... บาท (.....)

(ลงชื่อ) นักวิทยาศาสตร์
(นางสาว จันทรา ดีมาก)

สำหรับเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี

ชำระเงินแล้ว

ข้าพเจ้า..... วันที่รับชำระ.....

ได้รับเงินค่าใช้บริการ เป็นจำนวนเงิน..... (.....)

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี