



คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

160 ม.4 ถ.กาญจนวนิช ต.เขารูปช้าง อ.เมืองสงขลา จ.สงขลา 90000

โทร : 074-260-260 แฟกซ์ : 074-260-261 facebook : คณะวิทยาศาสตร์ฯ ม.ราชภัฏสงขลา

คำขอใช้บริการห้องปฏิบัติการและเครื่องมือวิทยาศาสตร์

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ขอใช้

1. ชื่อ-สกุล.....รหัสนักศึกษา.....เบอร์โทรศัพท์.....
2. สถานะผู้ใช้ นักศึกษา อาจารย์ เจ้าหน้าที่ หลักสูตร.....สังกัด/คณะ
- อาจารย์ที่ปรึกษา.....เบอร์โทรศัพท์.....
3. มีความประสงค์ขอใช้
- 3.1 ขอใช้ เครื่องมือวิทยาศาสตร์ ห้องปฏิบัติการ
- ซึ่งอยู่ในความดูแลของสาขาวิชา.....คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
4. วัตถุประสงค์
- งานวิจัย / ปัญหาพิเศษ เรื่อง..... การเรียนการสอน วิชา.....
- อื่น ๆ สถานที่นำไปใช้.....
- ทั้งนี้กำหนดวันใช้งานตั้งแต่วันที่ถึงวันที่.....(ไม่เกิน 5 วันทำการ)
5. รายละเอียด

ลำดับ ที่	ชื่อห้องปฏิบัติการ/เครื่องมือวิทยาศาสตร์	รหัสครุภัณฑ์	จำนวน

ข้าพเจ้าจะดูแลอุปกรณ์และเครื่องมือดังกล่าวเป็นอย่างดี หากเกิดความเสียหายหรือสูญหาย ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบชดใช้ทุกประการ

1. ลายมือชื่อ.....ผู้ขอใช้/...../..... 2. ลายมือชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา...../...../.....
- () ()

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่

การให้ยืม 1. ลายมือชื่อ.....ผู้ให้ยืม/...../..... ()	2. ลายมือชื่อ.....ประธานหลักสูตร/...../..... ()
การส่งคืน 1. ลายมือชื่อ.....ผู้คืน/...../..... ()	2. ลายมือชื่อ.....ผู้รับคืน/...../..... ()

รายการที่ชำรุด จำนวนรายการ (กรอกข้อมูลรายการที่ชำรุดลงในแบบฟอร์ม FM-SC-03)

เงื่อนไข

1. กรุณาส่งแบบฟอร์มล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วันทำการ และสามารถใช้งานได้ครั้งละ 5 วัน
2. กรณีเกิดความเสียหายหรือสูญหาย ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงานผู้ขอใช้บริการต้องรับผิดชอบชดใช้ทุกประการ
3. หากมีการเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกคำขอใช้บริการ ต้องแจ้งให้ทางห้องปฏิบัติการทราบอย่างน้อย 1 วันทำการ