แบบฟอร์มการขอใช้บริการเครื่องมือวิทยาศาสตร์
เครื่องมือกลุ่มกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องกราด
คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

สำหรับเจ้าหน้าที่
ใบคำขอเลขที่ .....
ประเภท.....
วันที่รับ .....

ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ขอใช้บริการ

ชื่อผู้ใช้บริการ..... ตำแหน่ง.....
โทรศัพท์ ..... email : .....

☐ อาจารย์/บุคลากร หลักสูตร/คณะ/สำนัก.....
☐ หน่วยงานภายนอก ชื่อหน่วยงาน.....
☐ นักศึกษาระดับปริญญา ☐ ตรี ☐โท ☐ เอก รหัสนักศึกษา.....
ภาค/สาขาวิชา ..... คณะ .....
มหาวิทยาลัย ..... ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....email.....

ประเภทของงาน ☐ การเรียนการสอน ☐ วิจัย ☐ วิทยานิพนธ์/ปัญหาพิเศษ ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
ชื่อเรื่อง/ชื่อวิชา.....
เครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่ต้องการขอใช้มีดังนี้ (กรณีไม่เพียงพอให้ใช้ใบแนบ)
ชนิดของตัวอย่าง.....จำนวน..... .....ตัวอย่าง

ข้อที่**	ชื่อเครื่องมือวิทยาศาสตร์	วัน เวลา ที่ขอใช้		การใช้งาน (ชั่วโมง/ชิ้น/ตัวอย่าง/ครั้ง)**	ผู้ดูแลเครื่องมือ**
		วันที่	เวลา		

** สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก

ในการขอใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์ครั้งนี้ ข้าพเจ้า
☐ ได้ทำการจองวันและเวลาใช้งานเครื่องมือฯ กับเจ้าหน้าที่แล้ว เมื่อวันที่.....

โปรดพลิกด้านหลัง

ส่วนที่ 2 : การชำระเงินค่าธรรมเนียมการใช้บริการเครื่องมือวิทยาศาสตร์

☐ ชำระเงินสด (ติดต่อที่ งานคลังและพัสดุ คณะวิทยาศาสตร์ ชั้น 1 อาคารจุฬาภรณ์ ในวัน – เวลาราชการ)

☐ ชำระเงินผ่านบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขาแม่โจ้ ชื่อบัญชี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เลขที่บัญชี 375 – 3 – 25658 – 7

☐ เบิกจ่ายผ่านหน่วยงาน (เฉพาะหน่วยงานภายในมหาวิทยาลัยแม่โจ้.....)

การออกใบเสร็จรับเงิน ในนาม .....

.....

.....

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จรับเงิน .....

.....

.....

สำหรับผู้ขอใช้บริการ

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบและคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลอย่างเคร่งครัด หากเกิดความเสียหายของอุปกรณ์และเครื่องมืออันเนื่องมาจากความประมาท และความบกพร่องของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบในความเสียหายนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้บริการ

(.....)

...../...../.....

สำหรับอาจารย์ที่ปรึกษา/หัวหน้าโครงการ

☐ เห็นควรอนุญาตให้ใช้ ☐ ไม่เห็นควรให้อนุญาตให้ใช้ เนื่องจาก.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบความเสียหายใด ๆ ของอุปกรณ์/เครื่องมือวิทยาศาสตร์อันเกิดจากความประมาทระหว่างการปฏิบัติงานของนักศึกษา/ผู้ช่วยวิจัย ในห้องปฏิบัติการและค่าธรรมเนียมอื่น ๆ ทั้งหมด

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา/หัวหน้าโครงการ

(.....)

...../...../.....

ส่วนที่ 3: สำหรับห้องปฏิบัติการ

☐ สามารถให้บริการได้ ○ ตามที่ขอรับบริการ ○ แต่ขอเปลี่ยนเวลาจากเดิมเป็นวันที่ .....เวลา .....น.

☐ ไม่สามารถให้บริการได้เนื่องจาก .....

.....เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย ..... ประธานคณะกรรมการฯ (SEM)

(.....) ...../...../..... ...../...../.....

ความเห็นของหัวหน้างานบริการวิชาการและวิจัย

☐ เห็นควรอนุญาตให้ใช้งานได้ ☐ เห็นควรไม่อนุญาตให้ใช้งาน เนื่องจาก.....

.....หัวหน้างานบริการวิชาการและวิจัย

(.....) ...../...../.....

ความเห็นของรองคณบดีฯ ฝ่ายวิชาการ วิจัย และบริการวิชาการ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

☐ อนุญาตให้ใช้งานได้ ☐ ไม่อนุญาตให้ใช้งาน เนื่องจาก.....

.....รองคณบดีฯ ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

(.....) ...../...../.....

ส่งแบบฟอร์มการขอใช้บริการเครื่องมือวิทยาศาสตร์ และติดต่อสอบถามข้อมูลได้ที่ งานบริการวิชาการและวิจัย สำนักงานคณบดี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ โทร. 053 – 873810 – 1 หรือ ห้องปฏิบัติการ SEM ➡

หมายเหตุ เก็บใน R – 115 คู่กับแบบสรุปค่าธรรมเนียมการใช้บริการกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องกราด (SEM)