

ฝ่ายวิจัย
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบขอใช้บริการ

เลขที่

ชื่อ

สถานะ อาจารย์ นิสิตป.ตรี นิสิตระดับประกาศนียบัตร นิสิตป.โท นิสิตป.เอก บุคลากร อื่น ๆ

ชื่อโครงการ

ภาควิชา/หน่วยงาน

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ แฟกซ์.....

ความประสงค์ขอรับบริการ

 ทำการวิเคราะห์ตัวอย่างด้วย (ระบุ) จำนวนและรายละเอียดของตัวอย่าง ให้จัดเก็บตัวอย่างไว้ที่ สารเคมีที่เป็นพิษ / สารรังสีที่ใช้..... ช่วงเวลาการใช้เครื่องมือ เดือนตุลาคม – มกราคม (ลงชื่อ).....

ขอใช้เครื่องมือ(ระบุ).....

 เดือนกุมภาพันธ์ – พฤษภาคม (ลงชื่อ).....

ขอใช้เครื่องมือ(ระบุ).....

 เดือนมิถุนายน – กันยายน (ลงชื่อ).....

ขอใช้เครื่องมือ(ระบุ).....

 ขอใช้บริการอื่นๆ

การรับรายงานผลการให้บริการ

ข้าพเจ้า สามารถรับเองได้ ทุกครั้ง ไม่สามารถรับเองได้ ทุกครั้ง

(โปรดระบุชื่อบุคลากรรับผลการให้บริการแทน)

ชื่อ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ชื่อ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบ และยินยอมปฏิบัติ
ตามข้อตกลงการให้บริการของฝ่ายวิจัย

(ลงชื่อ)

.....

ผู้ขอใช้บริการ

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

(ลงชื่อ)

.....

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ส่วนของผู้เจ้าหน้าที่ฝ่ายวิจัย

ผู้รับเรื่อง

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

ผู้ปฏิบัติงาน

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

.....
(.....)

หัวหน้าหน่วยงาน

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

บันทึกข้อความ

(สำหรับผู้ขอใช้บริการ)

บันทึกข้อความ

(สำหรับผู้ให้บริการ)