

ศูนย์วิจัยชีววิทยาช่องปาก
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบฟอร์มขอเป็นผู้สแกนตัวอย่างด้วยเครื่อง

In-vitro Micro Computerized Tomography (Micro CT)

(ผู้ขอใช้ต้องผ่านการฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่ศูนย์วิจัยฯ จนสามารถใช้เครื่องได้อย่างถูกต้อง)

ชื่อ-สกุล..... สถานะ/ตำแหน่ง.....

ภาควิชา..... เบอร์โทรศัพท์.....

E-mail.....

ชื่ออาจารย์ผู้รับรอง ภาควิชา.....

เบอร์โทรศัพท์..... E-mail.....

ขอเป็นผู้สแกนตัวอย่างด้วยเครื่อง Micro CT โดยเสียค่าบริการ 50% ตั้งแต่วันที่.....
โดยบันทึกการใช้งานทุกครั้ง ด้วยตนเอง ทั้งนี้หากเกิดความเสียหาย อันเนื่องมาจากการปฏิบัติการที่ไม่ใช้การใ้
งานตามปกติ ข้าพเจ้าจะเป็นผู้รับผิดชอบต่อความเสียหายนั้นๆ ตามมติจากกรรมการศูนย์วิจัยฯ

ลงนาม.....

(.....)

(ผู้ขอใช้บริการ)

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

ลงนาม.....

(.....)

(อาจารย์ผู้รับรอง)

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

ลงนาม.....

(.....)

(ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยชีววิทยาช่องปาก)