



เลขที่รับ

แบบฟอร์มขอรับบริการ

ศูนย์ทันตสารสนเทศ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์ : 89011-3 โทรสาร (Fax) : 89009 E-mail : it.dentchula@gmail.com

เรียน หัวหน้าศูนย์ทันตสารสนเทศ

ชื่อผู้ขอรับบริการ.....ภาควิชา/หน่วยงาน.....

โทรศัพท์ภายใน..... E-mail

+++++

ประเภทของงาน งานทั่วไป งานระบบโรงพยาบาล งานอื่น ๆ

งานติดตั้งใหม่

งานแก้ไข/ซ่อมแซม

งานเครือข่าย (Network)

- ติดตั้งคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วง
- ติดตั้งจุดเครือข่าย
- ติดตั้งระบบปฏิบัติการ Windows
- ติดตั้งโปรแกรมใช้งานทั่วไป

- คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วง
- ระบบ ERP/ SAP/ HR
- การใช้งานโปรแกรม
- ไวรัสคอมพิวเตอร์

- Internet ใช้งานไม่ได้ (Cable)
- Dent-Wifi ใช้งานไม่ได้ (Wireless)
- ขอ Account Dent-Wifi & CU-NET

รายละเอียดเพิ่มเติม

ทะเบียนครุภัณฑ์ หมายเลขเครื่อง

ผู้ขอรับบริการ.....

ผู้รับแจ้ง.....

วันที่...../...../.....เวลา.....

วันที่...../...../.....เวลา.....

+++++

สำหรับศูนย์ทันตสารสนเทศ

ผู้ปฏิบัติงาน รายละเอียดการปฏิบัติงาน.....

ผลการปฏิบัติงาน

ซ่อมได้ ซ่อมไม่ได้ ต้องส่งซ่อมภายนอกเหตุผล

มีอุปกรณ์ที่ต้องสั่งซื้อ.....

วันที่เริ่มงาน/...../..... วันที่เสร็จงาน/...../..... ระยะเวลาปฏิบัติงาน

ความเห็นหัวหน้าศูนย์ทันตสารสนเทศ

สำหรับผู้ขอใช้บริการ

ผลการดำเนินงาน เรียบร้อย ไม่เรียบร้อย เนื่องจาก.....

คะแนนผู้ให้บริการ ดีมาก ดี พอใช้ ต้องปรับปรุง ประเมินไม่ได้

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

ลงชื่อผู้รับบริการ วันที่/...../..... เวลา.....