

ฝ่ายวิจัย

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์ทดสอบชีววัสดุ

ใบขอใช้บริการ (78-FM-10-01)

เลขที่.....

ชื่อ.....

สถานะ อาจารย์ นิสิต ป.ตรี นิสิตระดับประกาศนียบัตร
 นิสิต ป.โท นิสิต ป.เอก บุคลากร อื่นๆ.....

ชื่อโครงการ.....

ภาควิชา/หน่วยงาน.....

โทร.....มือถือ.....โทรสาร.....

Email.....

อาจารย์ที่ปรึกษา.....

โทรศัพท์ติดต่อได้..... Email.....

ความประสงค์จะขอรับบริการ

 ขอคำปรึกษา (ระบุ)..... ขอใช้สถานที่/ห้องปฏิบัติการ (ระบุ)..... ขอใช้เครื่องมือ (ระบุ)..... เป็นผู้ใช้เครื่องมือเอง ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ เป็นผู้ใช้เครื่องมือ (กรุณาระบุรายละเอียดของปฏิบัติการ) เป็นผู้ใช้เครื่องมือเอง โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้คำแนะนำ จำนวนและรายละเอียดของตัวอย่าง..... อื่น ๆ..... ขอใช้ระบบสแกนลายนิ้วมือเขา-ออกศูนย์ทดสอบชีววัสดุ (finger scan)

ต้องการใช้บริการตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- ช่วงเวลาทำการ (วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 09:00-17:00 น.)
 นอกเวลาทำการ (หลังเวลาทำการ/ เสาร์-อาทิตย์/วันหยุดนักขัตฤกษ์)
 ยินดีใสขอความ “ได้รับการสนับสนุนงานวิจัยจากศูนย์ทดสอบชีววัสดุ” ลงในกิตติกรรมประกาศ หรือ “The authors thank Biomaterial Testing Center, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University for facility support” (acknowledgement)
 ผ่านการอบรมการจัดการสารเคมี ของเสียอันตราย และความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการแล้ว
 ข้าพเจ้าได้รับเอกสารข้อตกลงการให้บริการของศูนย์ฯ แล้ว

ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมปฏิบัติตามข้อตกลงการให้บริการของ
ศูนย์ทดสอบชีววัสดุ

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
 (.....) (.....)

ผู้ให้บริการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

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

เฉพาะส่วนเจ้าหน้าที่

ผู้รับเรื่อง.....วันที่...../...../.....

ผู้ปฏิบัติงาน.....วันที่...../...../.....

 อนุมัติให้ใช้บริการ ไม่อนุมัติให้ใช้บริการ เพราะ

(.....)

ผู้อำนวยการศูนย์ทดสอบชีววัสดุ

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

Biomaterial Testing Center
 Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University
 Service Form (78-FM-10-01)

No

Name.....

Status Teacher Undergraduate Diploma Student
Postgraduate PhD Staff/Position
 Other

Name of Project.....

Program/Department.....

Telephone E-mail

Supervisor.....

Telephone..... E-mail.....

Service Request

- Research advice request.....
- Using Laboratory room request.....
- Using Equipment Laboratory request.....
 - For self-usage
 - For staff usage
 - For self-usage under professional staffs
 - Sample Quantity and Detail.....
- Other
- Request for Finger Scan Security

From.....To.....

- Duration of usage (Monday-Friday 09:00 a.m-17:00 p.m)
- Usage Outside Office Hour (Saturday-Sunday 09:00 a.m-16:00 p.m)
- Other Request
- Delighted to enter“The authors thank Biomaterial Testing Center, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University for facility support” in acknowledgement.
- Passed of the Practice or Workshop training course about Chemical-Waste management and laboratory Safety.
- Client has read and understands the term of service

I hereby adhere to the regulation and agreement of
 The Biomaterial Testing Center terms of service

Signature..... Signature.....
 (.....) (.....)
 Client Supervisor
/...../.....

For Research Department Staff
 Receiver.....Date...../...../.....
 Operator.....Date...../...../.....
Approve of Service Not Approve of Service.....

 (.....)
 Director of Biomaterial Testing Center
/...../.....