



แบบฟอร์มให้บริการทางวิชาการแก่ผู้รับบริการ

F-SOP-04/01

ภาควิชาทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อ-สกุล ผู้ขอใช้บริการ โทร.....Email.....

สถานภาพ อาจารย์ ทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่
 นักศึกษาระดับ ป.ตรี ป.โท ป.เอก ประกาศนียบัตร
สาขาเฉพาะทาง/หลักสูตร.....

อื่นๆ.....

หน่วยงาน ภายในคณะฯ (ภาควิชา/หน่วยงาน).....

ภายนอกคณะฯ (หน่วยงาน/สถานพยาบาล).....

วัตถุประสงค์เพื่อ การตรวจวินิจฉัย การเรียนการสอน วิจัย อื่นๆ.....

ประสงค์ขอรับบริการ

ขอคำแนะนำเรื่องการส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา.....

ปรีกษาเคสผู้ป่วย (ระบุชื่ออาจารย์ที่ต้องการปรึกษา).....

กล้องถ่ายภาพแผ่นสไลด์

ใช้แผ่นสไลด์ผู้ป่วยภาควิชาฯ (โปรดระบุรหัสผู้ป่วยและอาจารย์ผู้อ่านผลในช่องรายละเอียด)

ไม่ใช่แผ่นสไลด์ผู้ป่วยภาควิชาฯ

ยืมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ.....

อื่นๆ.....

รายละเอียด (โปรดระบุ).....

วันและเวลาเข้าใช้บริการ/คืนวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ.....

เอกสารแนบ มี ไม่มี

- ข้อกำหนด**
1. การถ่ายภาพจากแผ่นสไลด์ผู้ป่วยของภาควิชาฯ ต้องขออนุญาตและนัดวัน/เวลาจากอาจารย์ผู้อ่านผลก่อนการเข้าใช้บริการ
 2. หากการถ่ายภาพจากแผ่นสไลด์ผู้ป่วย เพื่อประกอบการสอบวุฒิปัตร์ ต้องแนบเอกสารบันทึกข้อความขออนุญาตจากอาจารย์ที่รับผิดชอบสาขาหรือที่ปรึกษา
 3. หากผู้ขอใช้บริการก่อให้เกิดความเสียหาย จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นทั้งหมด

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามข้อกำหนดและขอเข้าใช้บริการ

.....

ผู้ขอใช้บริการ

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

สำหรับห้องปฏิบัติการ

รายละเอียดการให้บริการ

.....

.....

เจ้าหน้าที่/พยาธิแพทย์ผู้ให้บริการ

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