



## ใบขออนุญาตใช้ห้องปฏิบัติการและห้องประชุม

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ขอใช้บริการ

รหัสลูกค้า.....ชื่อ-นามสกุล.....รหัสนักศึกษา.....

หน่วยงาน  มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  หน่วยงานภายนอก (ระบุ).....

ที่อยู่หรือภาควิชา/คณะ.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....E-mail.....

อาจารย์ที่ปรึกษา/หัวหน้าโครงการ (ถ้ามี).....โทรศัพท์.....

 มีความประสงค์ขอใช้ห้องปฏิบัติการ หมายเลข SEC ..... มีความประสงค์ขอใช้ห้องประชุม  SEC201 (200 ที่นั่ง)  SEC202 (30 ที่นั่ง)  SEC203 (30 ที่นั่ง)  SEC205 (30 ที่นั่ง)

วันที่.....เวลา.....ถึงวันที่.....เวลา.....

 การเรียน-การสอน/โครงการงาน วิชา.....รหัสวิชา..... งานวิจัย ชื่อเรื่อง..... งานวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์  ระดับปริญญาตรี  ระดับปริญญาโท  ระดับปริญญาเอก

ชื่อเรื่อง.....

 อื่นๆ (ระบุ).....การชำระเงิน  เงินสด  เช็ค  โอน/ฝากชื่อและที่อยู่ที่ต้องการระบุไว้ในใบเสร็จรับเงิน  ตามข้อมูลผู้ส่งตัวอย่าง  ชื่อและที่อยู่ดังนี้.....

ข้าพเจ้ายินดีจะปฏิบัติตามและขอใช้ความเสียหายที่เกิดขึ้นทั้งหมดตามที่ระบุในประกาศมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์ ห้องปฏิบัติการและห้องประชุมของศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์

ลงชื่อ.....นักศึกษา/ผู้ใช้งาน

(.....)

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

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้ขอรับบริการ

(.....)

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

## ความคิดเห็นนักวิทยาศาสตร์

 สามารถให้บริการได้ ไม่สามารถให้บริการได้ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

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

## ผลการพิจารณาการให้บริการ

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

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

หมายเหตุ กรุณาชำระเงินค่าบริการทดสอบได้ที่.....

ตามประกาศมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผู้ขอใช้บริการจะต้องชำระค่าบริการใช้เครื่องมือ ห้องปฏิบัติการ และห้องประชุมให้ถูกต้องครบถ้วนก่อนการให้บริการตามอัตราค่าบริการ

ติดต่อได้ที่ ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190 โทร. 045353079



## ส่วนที่ 2 เจ้าหน้าที่/นักวิทยาศาสตร์ รายละเอียดการใช้บริการ

ลำดับ	ว/ด/ป	ชื่อผู้ใช้งาน	รายละเอียด			นักวิทยาศาสตร์/ผู้ตรวจสอบ
			ห้องประชุม/ ห้องปฏิบัติการ	จำนวน	หน่วยนับ	

## ส่วนที่ 3 การตรวจสอบค่าบริการศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์

SEC...../64

1. รายละเอียด.....จำนวน.....บาท  
 2. รายละเอียด.....จำนวน.....บาท  
 3. รายละเอียด.....จำนวน.....บาท  
 รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....จำนวน.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....  
 วันที่.....

## ส่วนที่ 4 กรณีผู้ขอรับบริการชำระเงินที่ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....จำนวน.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน      ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน  
 (.....)      (.....)  
 ตำแหน่ง.....      ตำแหน่ง.....  
 วันที่.....      วันที่.....

## ส่วนที่ 5 กองคลัง สำนักงานอธิการบดี

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....  
 .....  
 ที่อยู่.....  
 .....  
 หมายเหตุ.....  
 ได้รับเงินเป็นจำนวน..... บาท (.....)  
 ตามใบเสร็จรับเงิน เลขที่..... วันที่.....ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

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

## ผู้รับใบเสร็จรับเงิน

ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 วันที่.....

หมายเหตุ กรุณาชำระเงินค่าบริการทดสอบได้ที่ .....

ตามประกาศมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผู้ขอใช้บริการจะต้องชำระค่าบริการใช้เครื่องมือ ห้องปฏิบัติการ และห้องประชุมให้ถูกต้องครบถ้วนก่อนการให้บริการตามอัตราค่าบริการ  
 ติดต่อได้ที่ ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190 โทร. 045353079