



แบบขอใช้บริการ
อุปกรณ์โสตทัศนอุปกรณ์
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

หมายเลขงาน.....
รับงานวันที่.....
เวลา.....

เงื่อนไขในการขอใช้บริการ

ส่วนของผู้ใช้บริการ

1. ผู้ขอใช้บริการ คือ อาจารย์ เลขาธิการภาควิชา หัวหน้าศูนย์ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
2. ผู้ขอใช้บริการให้ติดต่อขอใช้บริการล่วงหน้า เพื่อจัดคิวงาน และจัดเตรียมอุปกรณ์ อย่างน้อย 3 วันทำการ
3. งานโสต ฯ จะให้บริการเฉพาะงานที่เกี่ยวข้องกับทางราชการเท่านั้น ไม่บริการงานส่วนตัว
4. ผู้ขอใช้บริการกรณารอกข้อมูลในแบบฟอร์มขอใช้บริการโดยละเอียด

ผู้ขอใช้บริการ.....ตำแหน่ง.....

ภาควิชา/หน่วยงาน.....โทร.....ผู้ติดต่อประสานงาน.....

วัตถุประสงค์ / รายละเอียดในการขอใช้บริการ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ประชุม/สัมมนา | <input type="checkbox"/> การเรียนการสอนวิชา |
| <input type="checkbox"/> บริการชุมชน | <input type="checkbox"/> งานวิจัยโครงการ..... |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | |

วันที่ขอใช้บริการ.....เดือน.....พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เวลา.....ถึงเวลา.....สถานที่..... ห้อง.....

อุปกรณ์โสตฯ ที่ต้องการใช้

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> เครื่องฉายภาพ LCD Projector | <input type="checkbox"/> เครื่องเล่นวีดีโอ CD/DVD |
| <input type="checkbox"/> เครื่องนำเสนอภาพพรีเซนต์ (Visual Presentation) | <input type="checkbox"/> เครื่องเล่นวีดีโอ ม้วนVHS |
| <input type="checkbox"/> เครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ | <input type="checkbox"/> กล้องถ่ายวีดีโอ |
| <input type="checkbox"/> เครื่องคอมพิวเตอร์ (Notebook) | <input type="checkbox"/> กล้องถ่ายรูป |
| <input type="checkbox"/> เครื่องขยายเสียงพร้อมไมโครโฟน | <input type="checkbox"/> โทรทัศน์สี |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | |

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้บริการ

วันที่ให้บริการ.....รวมจำนวน.....วัน คิดเป็นเวลา.....ชม.

ปัญหา/อุปสรรค (ถ้ามี).....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน

ส่วนของเจ้าหน้าที่ให้บริการ

งานโสตทัศนศึกษา โทร 063-4195159 หรือ เบอร์ภายใน มอ. โทร 0-4535-3934