

NU-Lab-03 แบบฟอร์มขอใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือ/อุปกรณ์

เรียน เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ควบคุมเครื่องมือ/ห้องปฏิบัติการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ปริญญา.....ชั้นปีที่.....รหัสประจำตัว.....

สาขาวิชา.....ภาควิชา.....คณะ.....

มหาวิทยาลัย/หน่วยงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....อีเมล.....มีความประสงค์ขอใช้

☐ ห้องปฏิบัติการเคมีวิเคราะห์อาหาร อาคารสาธารณสุขวิศิษฐ์ (อาคาร 1)

ระหว่างวันที่.....จำนวนทั้งสิ้น.....วัน

☐ ในเวลาราชการ (เวลา).....ถึง..... ☐ นอกเวลาราชการ (เวลา).....ถึง.....☐ ห้องปฏิบัติการอาหาร อาคารสวัสดิ์ แดงสว่าง (อาคาร 7)

ระหว่างวันที่.....จำนวนทั้งสิ้น.....วัน

☐ ในเวลาราชการ (เวลา).....ถึง..... ☐ นอกเวลาราชการ (เวลา).....ถึง.....☐ เครื่องมือและอุปกรณ์ **ตั้งรายการที่ข้าพเจ้าระบุไว้ในแบบฟอร์ม NU-Lab-04☐ ใช้ภายในห้องปฏิบัติการ ☐ ใช้ภายนอกห้องปฏิบัติการ (ระบุสถานที่).....

ระหว่างวันที่.....จำนวนทั้งสิ้น.....วัน

☐ ในเวลาราชการ (เวลา).....ถึง..... ☐ นอกเวลาราชการ (เวลา).....ถึง.....เพื่อใช้ในการงาน ☐ ภาคนิพนธ์/วิทยานิพนธ์ ☐ งานวิจัย ☐ การเรียนการสอน (กรณีปฏิบัติการนอกตารางสอน) ☐ อื่นๆ.....

ชื่อเรื่อง/ชื่อวิชา

ชื่อและสถานที่ติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้สอน/หัวหน้าโครงการวิจัย

หมายเหตุ: 1. กรุณาส่งแบบฟอร์ม NU-Lab-03, NU-Lab-04 และแบบฟอร์มขอใช้สถานที่นอกเวลา ที่กรอกข้อมูลและลงนามครบถ้วน ล่วงหน้า 5วันทำการ ที่ phnu.lab@gmail.com กรณีขอใช้บริการนอกเวลาราชการ เพื่อดำเนินการขออนุมัติ2. กรุณาส่งแบบฟอร์ม NU-Lab-03 และ NU-Lab-04 ที่กรอกข้อมูลและลงนามครบถ้วน ล่วงหน้า 2 วันทำการ ที่

phnu.lab@gmail.com เพื่อดำเนินการขออนุมัติ

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ศึกษาระเบียบการใช้ห้องปฏิบัติการและวิธีการใช้อุปกรณ์/เครื่องมือใดๆ เป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบและรับผิดชอบต่อความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการใช้งานทุกกรณี และจะดำเนินการส่งคืนเครื่องมือ/อุปกรณ์ตามกำหนดเวลา

(ลงชื่อ) ผู้ขอใช้บริการ

เห็นสมควรอนุญาตให้ผู้ขอใช้บริการดังกล่าวใช้เครื่องมือได้ โดยข้าพเจ้ายินดีร่วมรับผิดชอบต่อความเสียหายต่างๆที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำของนักศึกษา/ผู้ร่วมโครงการวิจัย ของข้าพเจ้าในทุกกรณี

(ลงชื่อ) อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้สอน/หัวหน้าโครงการ

วันที่.....

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ควบคุมเครื่องมือ/ห้องปฏิบัติการ

☐ อนุมัติ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่.....

(กรณีบุคคลภายนอกขอใช้ห้องปฏิบัติการ เครื่องมือ/อุปกรณ์ และกรณีขอใช้นอกเวลา)

ความเห็นหัวหน้าภาควิชาโภชนวิทยา

☐ อนุมัติ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมเครื่องมือ/ห้องปฏิบัติการ

ได้ตรวจสอบเครื่องมือ อุปกรณ์ และสภาพห้อง

ก่อนการใช้งาน ☐ เรียบร้อย ☐ ไม่เรียบร้อย.....

หลังการใช้งาน ☐ เรียบร้อย ☐ ไม่เรียบร้อย.....

(ลงชื่อ).....ผู้ขอใช้บริการรับทราบ

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

(.....)

วันที่.....