



# บันทึกข้อความ

ศูนย์วิทยาศาสตร์	
เลขที่รับ	_____
วันที่	_____
เวลา	ผู้รับ _____

ส่วนราชการ ศูนย์วิทยาศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย  
 ที่ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_  
 เรื่อง ขออนุญาตใช้ห้องประชุม / ห้องปฏิบัติการอาคารศูนย์วิทยาศาสตร์ (ในเวลาราชการ)

เรียน หัวหน้าศูนย์วิทยาศาสตร์ \_\_\_\_\_  
 ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_  
 สถานที่ติดต่อ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ สังกัดหน่วยงาน \_\_\_\_\_  
 ขอใช้บริการห้องประชุม ศูนย์เครื่องมือฯ ในกิจกรรม  การเรียนการสอน/งานวิจัย  อบรม/สัมมนา  
 หัวข้อการประชุม/กิจกรรม \_\_\_\_\_  
 ในวันที่ \_\_\_\_\_ ระหว่างเวลา \_\_\_\_\_ น. ถึงเวลา \_\_\_\_\_ น.  
 ผู้เข้าร่วมกิจกรรม \_\_\_\_\_ คน โดยประสงค์จะใช้ห้องประชุมและบริการอื่น ๆ ดังนี้

ห้องประชุมศูนย์วิทยาศาสตร์		ห้องปฏิบัติการศูนย์วิทยาศาสตร์
ห้องประชุม	อุปกรณ์บริการดังนี้	
<input type="checkbox"/> ห้องประชุมกลุ่มย่อย (๖๐ คน)	<input type="checkbox"/> เครื่องคอมพิวเตอร์ (Computer)	<input type="checkbox"/> ชั้น ๒ ห้อง.....
<input type="checkbox"/> ห้องคอมพิวเตอร์ sc๑๒๐ (๒๕ เครื่อง)	<input type="checkbox"/> เครื่องฉายภาพ (LCD Projector)	.....
<input type="checkbox"/> ห้องประชุมศูนย์วิทย์ (๑๓๐ คน)	<input type="checkbox"/> จอรับภาพ (Screen)	<input type="checkbox"/> ชั้น ๓ ห้อง.....
<input type="checkbox"/> ห้องประชุมกกโพธิ์ (๑๕ คน)	<input type="checkbox"/> ระบบขยายเสียงพร้อมลำโพง	.....
<input type="checkbox"/> ห้อง SC. ๑๐๑ (๔๐ คน)	<input type="checkbox"/> ไมค์ชุดประชุม	<input type="checkbox"/> ชั้น ๔ ห้อง.....
		.....

หมายเหตุ: ๑. กรณีที่เป็นการอบรมเนื่องจากศูนย์วิทยาศาสตร์ไม่มีคำสั่งให้แม่บ้านปฏิบัติงาน ผู้ขอใช้บริการต้องจ่ายค่าตอบแทนตามระเบียบของมหาวิทยาลัย  
 ๒. โปรดแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วันทำการ (ไม่รวมวันหยุดราชการ)  
 ๓. ระยะเวลาในการให้บริการห้องประชุม ศูนย์วิทยาศาสตร์ไม่เกินเวลา ๑๗.๐๐ น.  
 ๔. ถ้าเครื่องมือหรืออุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการชำรุดเสียหาย ข้าพเจ้าและบุคคลดังกล่าวยินดีชดเชยตามมูลค่าของเครื่องมือและอุปกรณ์ชิ้นนั้นๆ  
 ๕. ช่วงเวลาในการให้บริการในวันทำการ วันจันทร์ - วันศุกร์ เป็นไปตามประกาศของมหาวิทยาลัยในการจัดการศึกษาในแต่ละภาคการศึกษา  
 ส่วนวันเสาร์-วันอาทิตย์ ให้บริการในช่วงเวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
 (.....) (.....)  
 ผู้ขอรับบริการ อาจารย์ที่ปรึกษา

บันทึกของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลห้องประชุม และห้องปฏิบัติการศูนย์วิทย์ ได้ตรวจสอบแล้ว <input type="checkbox"/> สามารถให้ใช้ได้ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถอนุญาตได้ เนื่องจาก _____ _____ ลงชื่อ _____ (.....) เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้อง วันที่...../...../.....	เรียน _____ เพื่อโปรดดำเนินการ <input type="checkbox"/> จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ <input type="checkbox"/> จัดเตรียมเครื่องดื่ม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____ ลงชื่อ _____ (.....) วันที่...../...../.....
--	--