

แบบขอรับบริการ

เลขที่.....

งานบริการโสตทัศนูปกรณ์ ศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา

โทรศัพท์ 3314, 3317, 3310 โทรสาร 0-7567-3315

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.25..... เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง..... หน่วยงาน/สำนักวิชา.....

โทรศัพท์..... ชื่องาน /โครงการ.....

ขอรับบริการงานบริการโสตทัศนูปกรณ์ ศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา ดังรายการต่อไปนี้

บันทึกวีดิทัศน์ในห้องเรียน/ห้องประชุม พร้อมทั้ง.....(โปรดระบุ).....

[] อนุญาต ให้จัดทำเป็นสื่อเพื่อเผยแพร่ผ่านช่องทางทางการให้บริการของศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา

[] ไม่อนุญาต ให้จัดทำเป็นสื่อเพื่อเผยแพร่ผ่านช่องทางทางการให้บริการของศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา

บริการโสตทัศนูปกรณ์ ระบุอุปกรณ์ที่ต้องการใช้...

อุปกรณ์ภาพ

[] เครื่องเล่นดีวีดี, วีซีดี

[] เครื่องฉายสัญญาณภาพ (Projector)

[] สายสัญญาณภาพ (RGB)

[] จอรับภาพ (Screen)

[] เครื่องรับโทรทัศน์สี (LCD)

[] อื่นๆ ระบุ.....

-

-

-

-

อุปกรณ์เสียง

[] เครื่องขยายเสียงขนาดเล็ก

(ลำโพง 2 ตัว / Power amp 400 w 1 ตัว)

[] เครื่องขยายเสียงหูลีว

[] เครื่องบันทึกเสียงพกพา

[] ไมโครโฟนสาย

[] โทรโข่ง

[] สายสัญญาณเสียงคอมพิวเตอร์

[] อื่นๆ ระบุ.....

-

-

อุปกรณ์ประกอบ

[] ขาตั้งไมโครโฟนตั้งโต๊ะ

[] ขาตั้งไมโครโฟนตั้งพื้น

[] ขาตั้งลำโพง

[] โฟเดียมอลูมิเนียม

[] ปลั๊กสามตา

[] อื่นๆ ระบุ.....

พลิกกรอกรายละเอียดหน้า 2 ➡

ปรับปรุง 3 กย 56

(สำเนา) สำหรับผู้ขอรับบริการโสตทัศนูปกรณ์ (โปรดเก็บไว้เป็นหลักฐาน) ตรวจเช็คอุปกรณ์ต่อเจ้าหน้าที่

เลขที่.....

ชื่อ-สกุล..... หน่วยงาน..... รวม.....รายการ

[] เครื่องเล่นดีวีดี, วีซีดี

[] เครื่องฉายสัญญาณภาพ (Projector)

[] สายสัญญาณภาพ (RGB)

[] จอรับภาพ (Screen)

[] เครื่องรับโทรทัศน์สี (LCD)

[] อื่นๆ.....

[] เครื่องขยายเสียงขนาดเล็ก

[] เครื่องขยายเสียงหูลีว

[] เครื่องบันทึกเสียงพกพา

[] ไมโครโฟนสาย

[] โทรโข่ง

[] สายสัญญาณเสียงคอมพิวเตอร์

[] ขาตั้งไมโครโฟนตั้งโต๊ะ

[] ขาตั้งไมโครโฟนตั้งพื้น

[] ขาตั้งลำโพง

[] โฟเดียมอลูมิเนียม

[] ปลั๊กสามตา

[] อื่นๆ.....

กำหนดส่งคืนอุปกรณ์ (สำหรับเจ้าหน้าที่) : วันที่..... เดือน..... พ.ศ.25.....

เพื่อนำไปใช้งาน.....

ในวันที่..... เดือน..... พ.ศ.25..... สถานที่จัดงาน.....
ตั้งแต่เวลา..... ถึง

กำหนดส่งคืนอุปกรณ์ (โปรดระบุ) ในวันที่..... เดือน..... พ.ศ.25.....

ลงชื่อ
(.....)

ลงชื่อ
(.....)

ผู้ขอใช้บริการ

หัวหน้าหน่วยงาน / อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ขอใช้บริการ

วันที่ / / 25.....

วันที่ / / 25.....

(ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่งานโสตทัศนูปกรณ์)

ผู้ขอรับบริการได้รับอุปกรณ์ตามรายการครบถ้วนแล้ว

การติดตามอุปกรณ์เมื่อถึงกำหนดส่งคืน

ลงชื่อ (ผู้รับอุปกรณ์)

ครั้งที่ 1: วันที่..... ความเห็น.....

วันที่...../...../25.....

ครั้งที่ 2: วันที่..... ความเห็น.....

ลงชื่อ (ผู้ส่งมอบอุปกรณ์)

ครั้งที่ 3: วันที่..... ความเห็น.....

วันที่...../...../25.....

การคืนอุปกรณ์ ** (จะต้องตรวจอุปกรณ์ต่อหน้าเจ้าหน้าที่) **

ลงชื่อ (ผู้ส่งคืนอุปกรณ์)

ลงชื่อ (ผู้รับคืนอุปกรณ์)

วันที่ / / 25.....

วันที่ / / 25.....

คำแนะนำสำหรับการขอรับบริการ

1. การขอรับบริการโปรดแจ้งรายละเอียดล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วัน เพื่อความสะดวกในการให้บริการ
2. โปรดจองให้เป็นครั้งคราวแทนการจองตลอดภาคการศึกษา เพื่อการบริการอย่างทั่วถึง
3. กรณีอาจารย์พิเศษขอรับบริการให้ผู้ประสานงานรายวิชาหรือหัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้ขอใช้บริการแทนเท่านั้น
4. นักศึกษามีสิทธิ์ขอรับบริการนี้ เพื่อกิจกรรมการเรียนการสอน แต่ต้องให้อาจารย์ประจำวิชาเป็นผู้รับรองเท่านั้น
5. กิจกรรมของชมรม นักศึกษาที่ประสงค์จะขอใช้บริการให้ทำบันทึกหรือแนบโครงการผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาชมรม หรือที่ปรึกษากิจกรรมและต้องได้รับอนุมัติจากส่วนกิจการนักศึกษาเท่านั้น

****กรณีอุปกรณ์เกิดชำรุดหรือเสียหาย ผู้ขอรับบริการจะต้องรับผิดชอบ****