

แบบฟอร์มขอบริการใช้เครื่องมือ ภาควิชาวิศวกรรมอาหาร คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี โทรศัพท์ : 02-470-9244 โทรสาร : 02-470-9240 อีเมล : ruchira.man@kmutt.ac.th		FDE-S-F01-00-01-R01 หมายเลข [เฉพาะเจ้าหน้าที่] วันที่								
สำหรับผู้ขอรับบริการ: ข้อมูลการติดต่อ										
บุคลากรภายใน (มจร.) ชื่อ-สกุล _____ อาจารย์/เจ้าหน้าที่ _____ นักศึกษาระดับ _____ ภาควิชา _____ คณะ _____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____ อีเมล _____		บุคลากรภายนอก ชื่อ-สกุล _____ หน่วยงาน _____ ที่อยู่ _____ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี _____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____ อีเมล _____								
สำหรับผู้ขอรับบริการ: ข้อมูลการบริการ										
ประสงค์จะใช้บริการ _____ ด้วยเครื่อง _____ ในระหว่างวันที่ _____ ถึงวันที่ _____										
บุคลากรภายใน มจร. สำหรับค่าใช้จ่ายการขอรับบริการเป็นไปตามใบแจ้งค่าใช้จ่ายบริการเครื่องมือ ซึ่งกำหนดค่าบริการโดยภาควิชาวิศวกรรมอาหาร ลงชื่อ _____ ผู้ขอรับบริการ (_____) วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ลงชื่อ _____ อาจารย์ที่ปรึกษา/ หัวหน้าภาควิชา (_____) วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____		บุคลากรภายนอก สำหรับค่าใช้จ่ายการขอรับบริการ ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าบริการตามระเบียบของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรีทุกประการ โดยชำระเป็นเงินสด หรือเช็คส่งจ่าย ในนามมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ลงชื่อ _____ ผู้ขอรับบริการ (_____) วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____								
*เฉพาะนักศึกษาขอใช้ต้องมีการรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษา/ หัวหน้าภาควิชา										
[เฉพาะเจ้าหน้าที่]										
เนื่องจากมีผู้ขอใช้บริการเครื่องมือและรายละเอียดการขอใช้บริการตามแบบฟอร์มขอบริการใช้เครื่องมือ		สำหรับผู้รับงาน (โปรดระบุความพร้อมของเครื่องและบุคลากร)								
การประมาณค่าบริการใช้เครื่องมือ <table border="1"> <tr> <th>ราคา</th> <th>รวมเป็นเงิน</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> ลงชื่อ _____ ผู้ได้รับมอบหมาย (_____) วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ลงชื่อ _____ หัวหน้าภาควิชาฯ (_____) วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____		ราคา	รวมเป็นเงิน							วันที่พร้อมดำเนินงาน ☐ เช่นเดียวกับที่ผู้ขอรับบริการระบุ ☐ อื่นๆ ในระหว่างวันที่: ถึงวันที่..... บุคลากรผู้รับงาน ☐ คุณจิตาภา ศรีชุมพวง โทร 02-470-9247 ☐ คุณรัชนิพร อ้ายตั้ง โทร 02-470-9247 ☐ คุณทศ อ้ายตั้ง โทร 02-470-9248 ลงชื่อ _____ นักวิทยาศาสตร์/ช่างเทคนิค (_____) วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
ราคา	รวมเป็นเงิน									
สำหรับผู้ขอรับบริการ รับทราบข้อมูลเพื่อดำเนินการใช้เครื่องมือ ลงชื่อ _____ ผู้ขอใช้บริการ (_____) วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____										
หมายเหตุ: 1.โปรดกรอกแบบฟอร์มล่วงหน้า อย่างน้อย 3 วันทำการโดยช่วงเวลาที่ให้ใช้แต่ละครั้งไม่เกิน 1 เดือน 2.หากมีสารเคมีหรือวัสดุสิ้นเปลืองใดๆ อันเกิดจากเครื่องมือที่ขอใช้ ขอให้ผู้อนุญาตเตรียมมาเอง 3.หากเครื่องมือชำรุด หรือเสียหายในระหว่างที่ใช้งาน ผู้ขอรับบริการ ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเป็นกรณีไป										