



แบบแสดงความจำนงการใช้ห้องปฏิบัติการสตูดิโอ

คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

มีความประสงค์ขอใช้ห้องปฏิบัติการ () ห้องปฏิบัติการสตูดิโอ 944

สาขาวิชา.....

เพื่อใช้.....

วัน/เวลาที่ขอใช้งาน

วัน.....ที่.....เดือน.....พ.ศ..... ถึงวัน.....ที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตั้งแต่เวลา.....น. ถึงเวลา.....น. จำนวนผู้ใช้งาน.....คน จำนวนวัน.....วัน

อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

() Microphone () Projector () Visualizer () Laser Pointer

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้ขอใช้ห้องปฏิบัติการ

วันที่.....

การพิจารณา

() อนุมัติ

() ไม่อนุมัติ เพราะ.....

หมายเหตุ.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ.....

ลงชื่อ.....

รองคณบดีฝ่ายบริหารและแผนงาน

แนวการปฏิบัติการให้ใช้ห้องปฏิบัติการสตูดิโอ

1.อาจารย์ผู้ต้องการใช้ห้องปฏิบัติการ ต้องแสดงความจำนงขอใช้ล่วงหน้า 15 วันทำการ

2.อาจารย์ผู้สอนต้องดูแลและควบคุมนักศึกษาตลอดเวลาการใช้งานในห้องปฏิบัติการสตูดิโอ

3.เจ้าหน้าที่จะเปิดห้องปฏิบัติการสตูดิโอต่อเมื่อมีอาจารย์ผู้สอนใช้ห้องเท่านั้น

4.หากเกิดความเสียหายและอุปกรณ์ให้แจ้งเจ้าหน้าที่รับทราบ

5.กรุณาแจ้งยกเลิกการใช้ห้องปฏิบัติการสตูดิโอก่อน 7 วันทำการ เพื่อไม่ให้เสียสิทธิแก่ท่านอื่น

หมายเหตุ อาจารย์และนักศึกษาทุกคนที่เข้าใช้ห้องปฏิบัติการต้องช่วยกันดูแลและรับผิดชอบต่อกรณีอุปกรณ์ชำรุดหรือเสียหาย