|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  มหาวิทยาลัยมหิดลวิทยาเขตกาญจนบุรี | แบบขอใช้บริการเครื่องมือและห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ | แก้ไขครั้งที่ 4 |
| รหัสเอกสาร MUKA-RA-02 | วันที่ 14 สิงหาคม 2563 | หน้าที่ 1 จาก 2 |

**ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ใช้บริการ**

ชื่อ-สกุล ……………………………………………………………………… นักศึกษา/รหัส …………………………❒ อาจารย์ ❒ นักวิจัย ❒ อื่น ๆ (ระบุ) ....…………………….

คณะ/หน่วยงาน …………………............................................................. สาขาวิชา ………………………………….……… โทรศัพท์ ..........................................................

อาจารย์ที่ปรึกษา/ หัวหน้าโครงการ ……………………………………………….………………………………………............................................................................................

ประเภทงาน ❒ โครงงานระดับปริญญาตรี ❒ งานวิจัย ❒ บริการวิชาการ ❒ การเรียนการสอน ❒ อื่น ๆ .........................................................................

ประสงค์ขอใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์ **(ระบุได้มากกว่า 1 รายการ ยืมต่อเนื่องได้ไม่เกิน 1 สัปดาห์ เมื่อครบกำหนดต้องยื่นแบบขอใช้บริการใหม่)**

**ยื่นแบบฟอร์มล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วันทำการ (8.30 น.-16.30 น. )**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **เครื่องมือ/รหัสครุภัณฑ์** | **จำนวน** | **ประจำห้อง** | **ระบุวันเริ่มต้น-สิ้นสุดการใช้งาน** | **นำไปใช้ห้อง (ระบุ)/ใช้****นอกวิทยาเขตฯ (ระบุ)** |
| **วันที่** | **ช่วงเวลา** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**\*** กรณีนำเครื่องมือออกนอกวิทยาเขตฯ ต้องแนบเอกสารอนุญาตนำสิ่งของออกนอกพื้นที่มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตกาญจนบุรีด้วยทุกครั้ง

มีความประสงค์ขอใช้ห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **หมายเลข/ ชื่อห้องปฏิบัติการ** | **ยืมกุญแจ** | **ระบุวันเริ่มต้น-สิ้นสุดการใช้งาน** | **หมายเหตุ**  |
| **วันที่** | **ช่วงเวลา** |
|  | 🞎 ยืม 🞎 ไม่ยืม |  |  |  |
|  | 🞎 ยืม 🞎 ไม่ยืม |  |  |  |

❒ **รับทราบและยินดีปฏิบัติตามระเบียบการใช้เครื่องมือและห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ งานปฏิบัติการวิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษา**

**ของเสีย (WASTE)** จากการทดลอง 🞎 ไม่มี 🞎 มี (ติดต่อเจ้าหน้าที่เพื่อรับภาชนะบรรจุและส่งกำจัดของเสีย ในวันพุธและวันศุกร์ 13.00 น.-15.00 น.ที่ห้อง 107)

***กรณีขอใช้บริการนอกเวลาระบุเหตุผลความจำเป็น*** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ผู้อยู่ร่วมระหว่างทำปฏิบัติการ \*ต้องเป็นบุคคลในวิทยาเขตฯ และได้รับอนุญาตให้ใช้ห้องปฏิบัติการเท่านั้น จำนวน ………… คน (โปรดระบุรายชื่อ/สาขา)

..........................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………………….

..........................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………………….

🞎 **มี** อาจารย์ที่ปรึกษา/หัวหน้าโครงการควบคุมการปฏิบัติงาน 🞎 **ไม่มี** ผู้ควบคุมการปฏิบัติงาน โดยอาจารย์ที่ปรึกษา/ หัวหน้าโครงการมอบหมายให้ .............................................................................................................................................................. 🞎 อาจารย์/ 🞎 เจ้าหน้าที่ (เท่านั้น) เป็นผู้ควบคุมแทน

ความเห็นของผู้ควบคุมการทดลองแทน : 🞎 สามารถควบคุมการทดลองแทนได้ 🞎 ไม่สามารถควบคุมการทดลองแทนได้

 ลงชื่อ: ………………….......……………. (ผู้ควบคุมการทดลองแทน) ลงชื่อ: ………………………….….....................(อาจารย์ที่ปรึกษา/หัวหน้าโครงการ)

 วันที่ ………………………… วันที่ …………………………

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ : 🞎 สามารถให้บริการได้

 🞎 ไม่สามารถให้บริการได้ เนื่องจาก……………………………………………………………………………………………..

 ลงชื่อ: ………............................………………….

วันที่ ………………………

**ข้าพเจ้าได้คืนเครื่องมือ/ กุญแจห้องปฏิบัติการครบถ้วน**

 ผู้ใช้บริการ ลงชื่อ: ………………………..………………………… เจ้าหน้าที่ (ผู้ตรวจสอบ) ลงชื่อ: ……………………………………….

 วันที่ ……………………………………..วันที่ ……………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  มหาวิทยาลัยมหิดลวิทยาเขตกาญจนบุรี | แบบฟอร์มขอใช้บริการเครื่องมือและห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ | แก้ไขครั้งที่ -  |
| รหัสเอกสาร MUKA-RA-02 | วันที่ 3 สิงหาคม 2559 | หน้าที่ 2 จาก 2 |

**ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ (คำนวณอัตราค่าใช้บริการ)**

อ้างอิง ประกาศวิทยาเขตกาญจนบุรี เรื่องอัตราค่าใช้บริการข้อมูล วัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์ และพื้นที่ห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ พ.ศ.2562

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการที่ใช้บริการ** | **จำนวน (ช.ม./วัน)** **ที่ใช้งานจริง** **(ระบุหน่วย)** | **ราคา (บาท)/****(ช.ม./วัน) (ระบุหน่วย)** | **จำนวนเงิน (บาท)** | **ระบุรายการลำดับที่ ในประกาศฯ** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**รวมค่าใช้บริการทั้งสิ้น ……………………………… บาท**

**หมายเหตุ การคิดอัตราค่าบริการ เศษชั่วโมงคิดเป็น 1 ชั่วโมง**

 **QR Code ชำระค่าใช้บริการ (รหัสอ้างอิง 1: 03038001001)**



 ………………………………………………………... ………………………………………………………...

 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ หัวหน้างานปฏิบัติการวิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษา

 วันที่ …………………………………………… วันที่ ……………………………………………