

วันที่.....

ชื่อ-นามสกุล..... ☐ อาจารย์ ☐ เจ้าหน้าที่

หน่วยงาน.....คณะวิทยาศาสตร์ ศรีราชา.....โทร.....

มีความประสงค์ขอใช้บริการ ☐ บันทึกภาพ ☐ บันทึกวิดีโอ | ☐ สำเนา VCD/DVD.....แผ่น

มีเหตุผลในการขอใช้บริการบันทึกภาพ/วิดีโอ

☐ ประกอบการเรียนการสอน ในรายวิชา.....

☐ ประชุม/อบรม/สัมมนา/กิจกรรมโครงการ.....

☐ อื่น ๆ.....

สถานที่.....

วัน.....ที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....

รายละเอียดมีดังนี้/ลักษณะงานดังนี้.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้บริการ (.....) วันที่.....	ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง (.....) วันที่.....
สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ☐ ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว ☐ ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก..... ลงชื่อ.....(1) (.....) วันที่..... ลงชื่อ.....(2) (.....) วันที่.....	สำหรับผู้ขอใช้บริการ (โปรดทำเครื่องหมาย✓ลงในช่องว่าง) แบบสำรวจความคิดเห็นด้านคุณภาพและความพึงพอใจ เพื่อนำไปปรับปรุงงานให้ดียิ่งขึ้น 1. จำนวนผลงานที่ได้รับ ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ ระบุ..... 2. กำหนดเวลาส่งผลงาน ☐ ทันเวลา ☐ ไม่ทันเวลา..... 3. ความพึงพอใจต่อผลงานที่ได้รับ 1 2 3 4 5 *1 หมายถึงน้อยมาก, 5 หมายถึงดีมาก* 4. ความพึงพอใจต่อการให้บริการของงานโสตทัศนศึกษา 1 2 3 4 5 *1 หมายถึงน้อยมาก, 5 หมายถึงดีมาก* 5. ข้อเสนอแนะ..... ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้บริการ (.....) วันที่.....