

แบบฟอร์มขอขีมิอุปกรณ์ห้องเรียน วิทยาลัยนวัตกรรมการสื่อสารสังคม

วันที่.....เวลา.....

ชื่อ-นามสกุล : รหัสนิสิต :

สาขา : หมายเลขโทรศัพท์ :

มีความประสงค์จะขีมิครุภัณฑ์ ดังนี้

แก้อี้ห้องเรียน :

โต๊ะ :

อื่นๆ

เพื่อนำไปใช้ : สถานที่ใช้งาน :

การตรวจเช็คก่อนขีมิอุปกรณ์.....

กำหนดการ : ขีมิในวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา :

คืนในวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา :

การตรวจเช็คหลังคืนอุปกรณ์.....

อนุมัติ

(.....)

อาจารย์ประจำรายวิชา/อาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีรัฐ ภัคศิรณชิต)

รองคณบดีฝ่ายแผนและพัฒนาคุณภาพ

(.....)

ผู้รับบริการ

(.....)

ผู้ตรวจสอบ

สำหรับผู้ขอใช้บริการ

แบบประเมินผลการให้บริการ

ขอความร่วมมือจากผู้รับบริการ โปรดกรอกแบบประเมินผลการให้บริการโดยสแกน Qr Code เพื่อทางฝ่ายงานอาคารสถานที่ใช้เป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุง/พัฒนาการให้บริการต่อไป

