

**แบบฟอร์มการขอใช้บริการบันทึกภาพ / บันทึกวีดิโอ**

**หน่วยสนับสนุนเทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อสาร คณะวิทยาศาสตร์ ศรีราชา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์**

**โทร. 038-354587 ต่อ 663029/663031/663099**

**วันที่**

**ชื่อ-นามสกุล ⬜ อาจารย์ ⬜ เจ้าหน้าที่**

**หน่วยงาน โทร**

**มีความประสงค์ขอใช้บริการ ⬜ บันทึกภาพ ⬜ บันทึกวีดิโอ | ⬜ สำเนาลงVCD/DVD แผ่น**

**มีเหตุผลในการขอใช้บริการบันทึกภาพ/วีดิโอ**

* **ประกอบการเรียนการสอน ในรายวิชา**
* **ประชุม/อบรม/สัมมนา/กิจกรรมโครงการ**

* **อื่น ๆ**

**สถานที่**

**วัน ที่ เดือน พ.ศ. เวลา**

|  |  |
| --- | --- |
| ลงชื่อ ผู้ขอใช้บริการ  ( )  วันที่……………………………………………………….. | ลงชื่อ ผู้รับเรื่อง  ( )  วันที่……………………………………………………….. |
| สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน   * ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว * ไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจาก…………………………………………………   ลงชื่อ (1)  ( )  วันที่………………………………………………..……  ลงชื่อ (2)  ( ) วันที่…………..………………………………………. | **สำหรับผู้ขอใช้บริการ** (โปรดทำเครื่องหมาย✓ลงในช่องว่าง)  แบบสำรวจความคิดเห็นด้านคุณภาพและความพึงพอใจ  เพื่อนำไปปรับปรุงงานให้ดียิ่งขึ้น  1. จำนวนผลงานที่ได้รับ  ⬜ ครบ ⬜ ไม่ครบ ระบุ……………………………………  2. กำหนดเวลาส่งผลงาน  ⬜ ทันเวลา ⬜ ไม่ทันเวลา……………………………………..  3.ความพึงพอใจต่อผลงานที่ได้รับ  \*1 หมายถึงน้อยมาก,5 หมายถึงดีมาก\*   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |   4. ความพึงพอใจต่อการให้บริการของงานโสตทัศนศึกษา  \*1 หมายถึงน้อยมาก,5 หมายถึงดีมาก\*   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |   5. ข้อเสนอแนะ……………………………………………………......  ลงชื่อ ผู้ขอใช้บริการ  ( )  วันที่……………………………………………… |

**รายละเอียดมีดังนี้/ลักษณะงานดังนี้**