

**แบบฟอร์มการขอแสกนลายนิ้วมือ/แสกนหน้า ใช้บริการห้องภาคพิเศษ**

**หน่วยสนับสนุนเทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อสาร คณะวิทยาศาสตร์ ศรีราชา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์**

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

**วันที่**

**ชื่อ-นามสกุล รหัสนิสิต**

**สาขา ⬜ S06 (วิทยาการคอมพิวเตอร์) ⬜ S10 (เทคโนโลยีสารสนเทศ)**

**ชั้นปี ⬜ ปี1 ⬜ ปี2 ⬜ ปี3 ⬜ ปี4 ⬜ ปีอื่น ๆ ระบุ** **เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ**

**มีความประสงค์ขอแสกนลายนิ้วมือ/แสกนหน้า ใช้บริการห้องภาคพิเศษเพื่อ**

* **จัดทำโครงการปัญหาพิเศษ เรื่อง**
* **อื่น ๆ**

**ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่**

**รายละเอียดมีดังนี้/ลักษณะงานดังนี้**

**เอกสารแนบ\*\*สำหรับนิสิต\*\***

1. สำเนาบัตรนิสิต (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

ลงชื่อ ผู้ขอใช้บริการ

( )

|  |  |
| --- | --- |
| ลงชื่อ อาจารย์ผู้รับรอง  ( )  วันที่……………………………………………………….. | ลงชื่อ ผู้รับแจ้ง  ( )  วันที่……………………………………………………….. |
| สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน   * ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว (ประตูทางเข้าชั้น4) ระบุ ID ……………………………………………… * ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว (ประตูห้องภาคพิเศษ) ระบุ ID ……………………………………………… * ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก…………………………………………………   ลงชื่อ ผู้ขอใช้บริการ  ( )  วันที่………………………………………………  ลงชื่อ ผู้ปฏิบัติงาน  ( )  วันที่………………………………………………..…… | |

วันที่………………………………………………………..