

**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………………………………………………………..