

**โครงการจัดตั้งสถานวิจัยวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์**

**อาคารวิจัยวิทยาการสุขภาพ 222 ต.ไทยบุรี อ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช 80161 โทร 075-672553-4**

**แบบฟอร์มขอเปิดห้อง อาคารวิจัยวิทยาการสุขภาพ**

วันที่.........เดือน.............................พ.ศ. ..............

ข้าพเจ้า.............................................ตำแหน่ง................................สังกัด........................................

มีความประสงค์ขอเปิดห้อง (ระบุหมายเลขห้องหรือชื่อห้อง) ...........................................................ชั้น..........

เพื่อ..............................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

ในวันที่..................เดือน................................พ.ศ. ......................ตั้งแต่เวลา.................น. ถึง......................น

โดยมีผู้ปฏิบัติงานทั้งสิ้น.............................คน ดังนี้

1. ................................................................................................

2. ................................................................................................

3. ................................................................................................

4. ................................................................................................

5. ................................................................................................

6. ................................................................................................

ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบต่อความเสียหาย หรือสูญหาย ต่อทรัพย์สินของมหาวิทยาลัย ในช่วงตลอดระยะเวลาการขอใช้บริการ

(ลงชื่อ)...................................ผู้ขอใช้บริการ ( )

วันที่......เดือน...............พ.ศ. ...........

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

สำหรับงานรักษาความปลอดภัย

ลงชื่อ........................................ผู้ไขกุญแจ

( )

วันที่......................เวลา................น.

สำหรับเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ........................................ผู้รับเรื่อง

( )

วันที่......................เวลา................น.

เรียน งานรักษาความปลอดภัย

**แนวปฏิบัติในการเปิดห้องสำหรับอาคารวิจัยวิทยาการสุขภาพ**

1. ก่อนไขกุญแจเปิดห้องทุกครั้ง กรุณาแจ้งผู้ขอใช้บริการกรอกแบบฟอร์ม **“ ขอเปิดห้อง อาคารวิจัยวิทยาการสุขภาพ”** *(ยกเว้นหน่วยงานคลินิกกายภาพบำบัด)*

2. ยื่นแบบฟอร์มต่อสำนักงานโครงการจัดตั้งสถานวิจัยวิทยาการสุขภาพ ฝ่ายธุรการ ลงลายมือชื่อเพื่อรับเรื่อง

3. รปภ.ไขกุญแจเพื่อเปิดห้องให้ผู้ขอใช้บริการ และลงบันทึกในสมุดควบคุมของงานรักษาความปลอดภัย (ทุกครั้ง)

4. เมื่อผู้ขอใช้บริการเสร็จภารกิจ ก่อนปิดห้องทุกครั้งต้องตรวจความเรียบร้อยของห้อง

หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อฝ่ายธุรการ : โทร075-672553-4 เบอร์ภายใน 2553,2554