



แบบฟอร์มการจองห้องประชุมกลุ่มย่อย (Conference Room)
ห้องปฏิบัติการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1. ข้อมูลผู้ให้บริการ

ประเภทผู้ให้บริการ : 1. อาจารย์คณะ _____ 2. นักศึกษาคณะ _____ ชั้นปีที่ _____

ชื่อ _____ สกุล _____ รหัส _____

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ _____

2. รายละเอียดการจองห้อง

ห้องที่ท่านต้องการใช้ คือห้อง _____

วัตถุประสงค์ในการใช้ห้อง เพื่อ _____

สำหรับผู้ให้บริการ จำนวน _____ คน

กำหนดการใช้ วัน _____ ที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เวลา _____ น. ถึง _____ น.

3. ข้อมูลรายการอุปกรณ์ที่ต้องการใช้

หมายเหตุ ; 1. รายการอุปกรณ์ที่ต้องการใช้ หมายถึง อุปกรณ์ที่มีในห้องปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้น
2. ห้องปฏิบัติการพยาบาลขอให้บริการห้องประชุมกลุ่มย่อย (Conference Room) เฉพาะกรณีที่
ไม่มีการจัดการเรียนการสอนเท่านั้น

ลงชื่อ _____

ผู้ให้บริการ

(____/____/____ เวลา _____ น.)

ลงชื่อ _____

ผู้ให้บริการ

(____/____/____ เวลา _____ น.)