



(สำหรับเจ้าหน้าที่)  
 ใบขอรับบริการ ที่ ศลพ.2560/.....  
 วันที่...../...../.....

## ใบขอรับบริการเครื่องวัดสัมประสิทธิ์ซีเบค และสภาพนำไฟฟ้า

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านพลังงานทางเลือก สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร  
 680 หมู่11 ถ.นิติโย ต.ธาตุเชิงชุม อ.เมือง จ.สกลนคร 47000  
 Email:starfirth@windowslive.com Tel/Fax:0-4274-4319, 090-3394650

เรียน หัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศด้านพลังงานทางเลือก

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว/นาง).....โทร. ....  
 สังกัดคณะ/สำนัก/กอง/หน่วยงาน.....

มีความประสงค์จะขอใช้บริการ เครื่องวัดสัมประสิทธิ์ซีเบคและสภาพนำไฟฟ้า ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 เวลา.....น. ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... เวลา ..... น.

มีวัตถุประสงค์เพื่อ  การเรียนการสอน  วิทยานิพนธ์  โครงการวิจัย  อื่นๆ.....

วัดสภาพต้านทานไฟฟ้า (Electrical Resistivity)

วัดสัมประสิทธิ์ซีเบค (Seebeck Coefficient)

รายละเอียดข้อมูลของสารตัวอย่าง

- 1.ชื่อสารตัวอย่าง.....อุณหภูมิที่ใช้ในการวัด  30°C  100°C  200°C
- 2.ชื่อสารตัวอย่าง.....อุณหภูมิที่ใช้ในการวัด  30°C  100°C  200°C
- 3.ชื่อสารตัวอย่าง.....อุณหภูมิที่ใช้ในการวัด  30°C  100°C  200°C
- 4.ชื่อสารตัวอย่าง.....อุณหภูมิที่ใช้ในการวัด  30°C  100°C  200°C
- 5.ชื่อสารตัวอย่าง.....อุณหภูมิที่ใช้ในการวัด  30°C  100°C  200°C

(ลงชื่อ)..... ผู้ขออนุญาต  
 (.....)

ตำแหน่ง.....

บันทึกหัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศด้านพลังงานทางเลือก

- อนุญาต มีค่าบริการ ตามประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
- อนุญาต ไม่มีค่าบริการ.....
- ไม่อนุญาต.....

(ลงชื่อ)..... ผู้อนุญาต

(นายธีรวิทย์ สำเภา)

รองหัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศด้านพลังงานทางเลือก

รับสารตัวอย่าง วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....เวลา.....น.

วัดสารตัวอย่าง วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....เวลา.....น. ถึง วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

(นางสาววันชพร นามหงษา)

วันที่ ...../...../.....

**หมายเหตุ :** กรุณาแนบต้นเรื่องหรือบันทึกข้อความจากต้นสังกัด