



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

ใบขอรับบริการเครื่อง XRD

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านพลังงานทางเลือก สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
 680 หมู่11 ถ.นิตโย ต.ธาตุเชิงชุม อ. เมือง จ.สกลนคร 47000
 Email:kunchitsingsoog@yahoo.com Tel/Fax:0-4274-4319, 088-312-1858

เรียน หัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศด้านพลังงานทางเลือก

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว/นาง).....โทร.
 สังกัดคณะ/สำนัก/กอง/หน่วยงาน.....
 มีความประสงค์จะขอใช้บริการ เครื่อง X-Ray Diffractometer (XRD-6100, 2kW, SHIMADZU)
 ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น. ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.
 มีวัตถุประสงค์เพื่อ การเรียนการสอน วิทยานิพนธ์ โครงการวิจัย อื่นๆ.....
 และขอใช้บริการดังนี้

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> วัด XRD ของสารตัวอย่าง | <input type="checkbox"/> วิเคราะห์ Match Peak | <input type="checkbox"/> วิเคราะห์ Lattice Parameter |
| <input type="checkbox"/> วิเคราะห์ Lattice Stain | <input type="checkbox"/> วิเคราะห์ Crystal Size | <input type="checkbox"/> เข้าร่วมสังเกตการณ์ จำนวน.....คน |

รายละเอียดข้อมูลของสารตัวอย่าง

- | | | | |
|------------------------|------------------------|------------------------------|--------|
| 1.ชื่อสารตัวอย่าง..... | ลักษณะสารตัวอย่าง..... | มุมที่ใช้ในการวัด (2θ) | -..... |
| 2.ชื่อสารตัวอย่าง..... | ลักษณะสารตัวอย่าง..... | มุมที่ใช้ในการวัด (2θ) | -..... |
| 3.ชื่อสารตัวอย่าง..... | ลักษณะสารตัวอย่าง..... | มุมที่ใช้ในการวัด (2θ) | -..... |
| 4.ชื่อสารตัวอย่าง..... | ลักษณะสารตัวอย่าง..... | มุมที่ใช้ในการวัด (2θ) | -..... |
| 5.ชื่อสารตัวอย่าง..... | ลักษณะสารตัวอย่าง..... | มุมที่ใช้ในการวัด (2θ) | -..... |

(ลงชื่อ)..... ผู้อนุญาต
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

บันทึกหัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศด้านพลังงานทางเลือก

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

(ลงชื่อ)..... ผู้อนุญาต
 (นายธีรวุฒิ สำเภา)

รองหัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศด้านพลังงานทางเลือก

รับสารตัวอย่าง วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.
 วัดสารตัวอย่าง วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น. ถึง วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.
 อัตราค่าบริการการใช้เครื่อง XRDบาท (.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่
 (นายครรชิต สิงห์สุข)
 วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : กรุณาแนบต้นเรื่องหรือบันทึกข้อความจากต้นสังกัด