



(สำหรับเจ้าหน้าที่)
 ใบขอใช้บริการลำดับที่.....
 วันที่...../...../.....

ใบขอรับบริการเครื่อง UV-Vis Spectrophotometer

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านพลังงานทางเลือก สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
 680 หมู่ 11 ถ.นิติโย ต.ธาตุเชิงชุม อ.เมือง จ.สกลนคร 47000
 Email:optic.ceae@gmail.com Tel/Fax:0-4274-4319,093-3924390

เรียน อธิการบดี

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว/นาง).....โทร.....E-mail:
 สังกัดคณะ/สำนัก/กอง/หน่วยงาน.....
 มีความประสงค์จะขอใช้บริการ เครื่อง UV-Vis Spectrophotometer ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 เวลา.....น. ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ. เวลา น.
 มีวัตถุประสงค์เพื่อ การเรียนการสอน วิทยานิพนธ์ โครงการวิจัย อื่น ๆ.....และขอใช้บริการดังนี้
 Absorbance Transmittance Concentration

รายละเอียดข้อมูลของสารตัวอย่าง

- 1.ชื่อสารตัวอย่าง.....ลักษณะสารตัวอย่าง.....ความยาวคลื่น (λ)
- 2.ชื่อสารตัวอย่าง.....ลักษณะสารตัวอย่าง.....ความยาวคลื่น (λ)
- 3.ชื่อสารตัวอย่าง.....ลักษณะสารตัวอย่าง.....ความยาวคลื่น (λ)
- 4.ชื่อสารตัวอย่าง.....ลักษณะสารตัวอย่าง.....ความยาวคลื่น (λ)
- 5.ชื่อสารตัวอย่าง.....ลักษณะสารตัวอย่าง.....ความยาวคลื่น (λ)

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

บันทึกจากผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา

- ให้ความอนุเคราะห์ มีค่าบริการตามประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร อัตราภายใน อัตราภายนอก
 ให้ความอนุเคราะห์ ไม่มีค่าบริการ เนื่องจาก.....
 ไม่ให้ความอนุเคราะห์ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ
 (รองศาสตราจารย์วาสนา เกษมสินธ์)
 ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา ปฏิบัติราชการแทน
 อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

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

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่
 (นายธีรวิทย์ สำเภา)
 ตำแหน่ง นักวิจัย
 วันที่/...../.....

หมายเหตุ : กรุณาแนบต้นเรื่องจากหน่วยงานต้นสังกัด