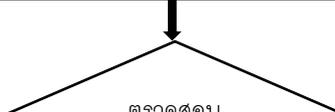
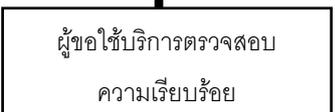
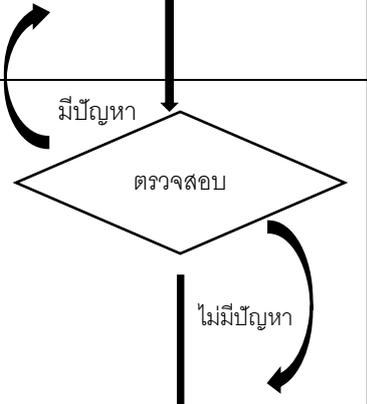


## การให้บริการห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์

ลำดับ	วิธีการขั้นตอนการขอรับบริการ	รายละเอียดงาน	ผู้รับผิดชอบ และช่องทาง ให้บริการ	ระยะเวลา	อัตรา ค่าธรรมเนียม	เอกสารอ้างอิง
1		ผู้ขอใช้บริการกรอก ข้อมูลและยื่นแบบ ฟอร์มแก่นักวิทยาศาสตร์ 1 วัน ก่อนใช้ห้อง	ผู้ขอใช้บริการ	1 วัน	ไม่มีค่าธรรมเนียมการ ขอรับบริการ	แบบฟอร์มการขอใช้ห้อง ปฏิบัติการ <a href="https://drive.google.com/file/d/1qJlbhu9JMoyO5HuF1TzshQwLQSDpZHa/view">https://drive.google.com/file/d/1qJlbhu9JMoyO5HuF1TzshQwLQSDpZHa/view</a>
2		อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ และเซ็นเพื่อรับ ทราบ	อาจารย์ที่ปรึกษา	1 วัน	ไม่มีค่าธรรมเนียมการ ขอรับบริการ	
3		อาจารย์ประจำห้อง ปฏิบัติการตรวจสอบและ เซ็นเพื่อรับทราบ	อาจารย์ประจำ ห้องปฏิบัติการ	1 วัน	ไม่มีค่าธรรมเนียมการ ขอรับบริการ	
4		นักวิทยาศาสตร์ตรวจสอบ และเซ็นเพื่ออนุมัติ ใช้งานห้องปฏิบัติ การ	นักวิทยาศาสตร์	1 ชั่วโมง	ไม่มีค่าธรรมเนียมการ ขอรับบริการ	
5		ผู้ขอใช้บริการใช้บริการ อุปกรณ์เครื่องมือ และห้องปฏิบัติการ	ผู้ขอใช้บริการ	ตามราย ละเอียดระบุ วันที่ใช้งาน	ไม่มีค่าธรรมเนียมการ ขอรับบริการ	
6		ผู้ขอใช้บริการตรวจ สอบความสะอาด เรียบร้อยของอุปกรณ์เค รื่องมือและห้อง ปฏิบัติการ	ผู้ขอใช้บริการ	10-30 นาที	ไม่มีค่าธรรมเนียมการ ขอรับบริการ	
7		นักวิทยาศาสตร์ตรวจส อบความ เรียบร้อยของอุปกรณ์ เครื่องมือและห้อง ปฏิบัติการหากมีปัญหา ชำรุดเสียหายผู้ขอใช้บ ริการต้องชดใช้ค่าเสี หาย	นักวิทยาศาสตร์	30 นาที	*กรณีเครื่องมือชำรุด เสียหาย ผู้ขอรับ บริการต้องชดใช้ตาม มูลค่าความเสียหาย ในเครื่องมือชิ้นตาม จริง	
8		นักวิทยาศาสตร์จัดเก็บ และเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ และห้องปฏิบัติการให้อ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน	นักวิทยาศาสตร์	30 นาที	ไม่มีค่าธรรมเนียมการ ขอรับบริการ	



**บันทึกการขอใช้ห้องเรียนปฏิบัติการ**  
**คณะอุตสาหกรรมเกษตรและชีวภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง**

1. ผู้ขอใช้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ตำแหน่ง.....

สังกัดหน่วยงาน/คณะ..... เบอร์โทรศัพท์ต่อ..... LINE ID .....

มีความประสงค์ขอใช้ห้อง ดังต่อไปนี้

ณ อาคารปฏิบัติการวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอาหาร

- ห้องบรรยาย
- ห้องปฏิบัติการอาหารเบเกอรี่
- ห้องปฏิบัติการแปรรูปอาหาร
- ห้องปฏิบัติการเคมีอาหาร
- ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาอาหาร
- ห้องปฏิบัติการทดสอบคุณภาพประสาทสัมผัส

ณ อาคารคณะเทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน

- ห้องตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (ABI 301)
- ห้องปฏิบัติการเตรียมผลิตเครื่องสำอางและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (ABI 302)
- ห้องปฏิบัติการเครื่องมือกลาง (ABI 303)
- ห้องปฏิบัติการเคมีอาหาร (ABI 304)
- ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาอาหารและห้องเตรียมอาหารเลี้ยงเชื้อ (ABI 305)
- ห้องปฏิบัติการควบคุมคุณภาพอาหาร (ABI 306)

วัตถุประสงค์เพื่อ.....

ในช่วงเวลา  ในเวลาราชการ  นอกเวลาราชการ

ตั้งแต่วันที่ ..... เวลา ..... น. จนถึงวันที่ ..... เวลา ..... น.

ลงชื่อ ..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
 (.....)  
 ...../...../.....

ลงชื่อ ..... นักวิทยาศาสตร์  
 (.....)  
 ...../...../.....

2. ความคิดเห็นอาจารย์ประจำห้องปฏิบัติการ

- เห็นควรอนุญาต
- ไม่เห็นควรอนุญาต เพราะ.....

ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 ...../...../.....

3. ความคิดเห็นประธานสาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอาหาร

- เห็นควรอนุญาต
- ไม่เห็นควรอนุญาต เพราะ.....

ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 ...../...../.....

4. ผลการใช้ห้อง (สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลห้องปฏิบัติการ)  สภาพเรียบร้อย  ชำรุดเสียหายต้องซ่อมแซม .....

ลงชื่อ ..... นักวิทยาศาสตร์  
 (.....) ...../...../.....

**หมายเหตุ :** ก่อนใช้ห้องกรุณาโปรดตรวจสอบสภาพของห้อง/เครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่ขอใช้ภายในห้องก่อนทุกครั้ง หากไม่อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานโปรดแจ้งนักวิทยาศาสตร์ให้ทราบ ทั้งนี้หากเครื่องมือวัสดุฯ ทรัพย์สินภายในห้องเกิดความชำรุดหรือสูญหาย ผู้ขอใช้ห้องจะต้องชดเชยค่าเสียหายทั้งหมด