

แบบฟอร์มการใช้บริการ ผลิตสื่อ/ถ่ายภาพ/สื่ออิเล็กทรอนิกส์

งานโสตทัศนศึกษาทางการแพทย์ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลหนองหาน

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอใช้บริการงานโสตทัศนศึกษาทางการแพทย์

เรียน หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....กลุ่มงาน/ฝ่าย.....โทร.....

มีความประสงค์ขอใช้บริการผลิตสื่อ เพื่อ.....

ผลิตสื่อสิ่งพิมพ์	ถ่ายภาพ	ผลิตสื่ออิเล็กทรอนิกส์
<input type="checkbox"/> โปสเตอร์ A4/A3/A2/..... <input type="checkbox"/> แผ่นพับ <input type="checkbox"/> เคลือบพลาสติก A4/A3/..... <input type="checkbox"/> ออกแบบงานกราฟิก <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ <input type="checkbox"/> PRINT ภาพสี/ขาวดำ A4/A3/..... <input type="checkbox"/> สแกนภาพ <input type="checkbox"/> อื่นๆ <input type="checkbox"/> ป้ายสติ๊กเกอร์ จำนวน.....แผ่น	<input type="checkbox"/> ถ่ายภาพทางการแพทย์ <input type="checkbox"/> ถ่ายภาพทั่วไป..... <input type="checkbox"/> ถ่ายภาพกิจกรรม..... <input type="checkbox"/> ถ่ายฟิล์ม X-RAY <input type="checkbox"/> ขอ File ภาพ <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... จำนวน.....ภาพ	<input type="checkbox"/> จัดทำ Power point <input type="checkbox"/> ถ่ายวิดีโอ <input type="checkbox"/> ทำสำเนา CD/VCD/DVD <input type="checkbox"/> บันทึกเสียง <input type="checkbox"/> ตัดต่อการบันทึกเสียง <input type="checkbox"/> ตัดต่อวีดิทัศน์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... จำนวน.....ครั้ง/แผ่น/เรื่อง

รายละเอียด (ขนาด / สี / เนื้อหา / แนบรายละเอียด)

.....

.....

.....

.....

ผู้ขอใช้บริการ

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

วันขอใช้บริการ...../...../.....

*กำหนดรับงาน...../...../.....

ความเห็นหัวหน้าฝ่าย/งาน

เห็นควรอนุมัติ ไม่เห็นควรอนุมัติ

เนื่องจาก.....

.....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นผู้มีอำนาจอนุมัติ

เห็นควรอนุมัติ ไม่เห็นควรอนุมัติ

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ผู้รับงาน.....

วันที่...../...../.....

ผู้จัดทำ.....

วันที่...../...../.....

