

ฝ่ายวิจัย

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์ทดสอบชีววัสดุ

ใบขอใช้บริการ (78-FM-10-01)

เลขที่.....

ชื่อ.....

สถานะ ☐ อาจารย์ ☐ นิสิต ป.ตรี ☐ นิสิตระดับประกาศนียบัตร
☐ นิสิต ป.โท ☐ นิสิต ป.เอก ☐ บุคลากร ☐ อื่นๆ.....

ชื่อโครงการ.....

ภาควิชา/หน่วยงาน.....

โทร.....มือถือ.....โทรสาร.....

Email.....

อาจารย์ที่ปรึกษา.....

โทรศัพท์ติดต่อได้..... Email.....

ความประสงค์จะขอรับบริการ

- ☐ ขอคำปรึกษา (ระบุ).....
☐ ขอใช้สถานที่/ห้องปฏิบัติการ (ระบุ).....
☐ ขอใช้เครื่องมือ (ระบุ).....

- ☐ เป็นผู้ใช้เครื่องมือเอง
☐ ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ เป็นผู้ใช้เครื่องมือ (กรุณาระบุรายละเอียดของปฏิบัติการ)
☐ เป็นผู้ใช้เครื่องมือเอง โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้คำแนะนำ
☐ จำนวนและรายละเอียดของตัวอย่าง.....

☐ อื่น ๆ.....☐ ขอใช้ระบบสแกนลายนิ้วมือเขา-ออกศูนย์ทดสอบชีววัสดุ (finger scan)

ต้องการใช้บริการตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- ☐ ช่วงเวลาทำการ (วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 09:00-17:00 น.)
☐ นอกเวลาทำการ (หลังเวลาทำการ/ เสาร์-อาทิตย์/วันหยุดนักขัตฤกษ์)
☐ ยินดีให้ความ “ได้รับการสนับสนุนงานวิจัยจากศูนย์ทดสอบชีววัสดุ” ลงในกิตติกรรมประกาศ หรือ “The authors thank Biomaterial Testing Center, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University for facility support” (acknowledgement)
☐ ผ่านการอบรมการจัดการสารเคมี ของเสียอันตราย และความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการแล้ว
☐ ข้าพเจ้าได้รับเอกสารข้อตกลงการให้บริการของศูนย์ฯ แล้ว

ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมปฏิบัติตามข้อตกลงการให้บริการของ
ศูนย์ทดสอบชีววัสดุ

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

ผู้ให้บริการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

...../...../.....

...../...../.....

เฉพาะส่วนเจ้าหน้าที่

ผู้รับเรื่อง.....วันที่...../...../.....

ผู้ปฏิบัติงาน.....วันที่...../...../.....

☐ อนุมัติให้ใช้บริการ ☐ ไม่อนุมัติให้ใช้บริการ เพราะ

(.....)

ผู้อำนวยการศูนย์ทดสอบชีววัสดุ

...../...../.....

Biomaterial Testing Center
Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University
Service Form (78-FM-10-01)

No

Name.....

Status ☐Teacher ☐Undergraduate ☐Diploma Student
☐Postgraduate ☐PhD ☐Staff/Position
Other

Name of Project.....

.....

.....

Program/Department.....

Telephone E-mail

Supervisor.....

Telephone..... E-mail.....

Service Request

☐ Research advice request.....☐ Using Laboratory room request.....☐ Using Equipment Laboratory request.....☐ For self-usage☐ For staff usage☐ For self-usage under professional staffs☐ Sample Quantity and Detail.....☐ Other☐ Request for Finger Scan Security

From.....To.....

☐ Duration of usage (Monday-Friday 09:00 a.m-17:00 p.m)☐ Usage Outside Office Hour (Saturday-Sunday 09:00 a.m-16:00 p.m)☐ Other Request

.....

☐ Delighted to enter“The authors thank Biomaterial Testing Center, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University for facility support” in acknowledgement.☐ Passed of the Practice or Workshop training course about Chemical-Waste management and laboratory Safety.☐ Client has read and understands the term of service

I hereby adhere to the regulation and agreement of
The Biomaterial Testing Center terms of service

Signature..... Signature.....

(.....) (.....)

Client

Supervisor

...../...../.....

...../...../.....

For Research Department Staff

Receiver.....Date...../...../.....

Operator.....Date...../...../.....

☐ Approve of Service ☐ Not Approve of Service.....

.....

(.....)

Director of Biomaterial Testing Center

...../...../.....