



แบบฟอร์มขอรับบริการ

เลขที่รับ

ศูนย์ทันตสารสนเทศ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์ : 89011-3 โทรสาร (Fax) : 89009 E-mail : it.dentchula@gmail.com

เรียน หัวหน้าศูนย์ทันตสารสนเทศ

ชื่อผู้ขอรับบริการ.....*พณิศา วิเชษฐาณ*.....ภาควิชา/หน่วยงาน.....*กรมการวิจัย นวัตกรรม*

โทรศัพท์ภายใน.....*88816*.....E-mail.....*panisa-w@chula.ac.th*

ประเภทของงาน ☐ งานทั่วไป ☐ งานระบบโรงพยาบาล ☐ งานอื่น ๆ

☐ งานติดตั้งใหม่

☐ งานแก้ไข/ซ่อมแซม

☐ งานเครือข่าย (Network)

- ☐ ติดตั้งคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วง
- ☐ ติดตั้งจุดเครือข่าย
- ☐ ติดตั้งระบบปฏิบัติการ Windows
- ☐ ติดตั้งโปรแกรมใช้งานทั่วไป

- ☐ คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วง
- ☐ ระบบ ERP/ SAP/ HR
- ☒ การใช้งานโปรแกรม
- ☐ ไวรัสคอมพิวเตอร์

- ☐ Internet ใช้งานไม่ได้ (Cable)
- ☐ Dent-Wifi ใช้งานไม่ได้ (Wireless)
- ☐ ขอบ Account Dent-Wifi & CU-NET

รายละเอียดเพิ่มเติม.....*ขอโปรแกรม PDF*.....

ทะเบียนครุภัณฑ์.....*3322600002637-120 58*.....*จำนวน 2 เครื่อง*.....หมายเลขเครื่อง.....

ผู้ขอรับบริการ.....*พณิศา วิเชษฐาณ*
วันที่.....*21/ มิ.ย. 65*.....เวลา.....*14-35*

ผู้รับแจ้ง.....
วันที่...../...../.....เวลา.....

สำหรับศูนย์ทันตสารสนเทศ

ผู้ปฏิบัติงาน.....รายละเอียดการปฏิบัติงาน.....

ผลการปฏิบัติงาน

☐ ช่อมได้ ☐ ช่อมไม่ได้ ต้องส่งซ่อมภายนอกเหตุผล.....

มีอุปกรณ์ที่ต้องส่งชื่อ.....

วันที่เริ่มงาน...../...../.....วันที่เสร็จงาน...../...../.....ระยะเวลาปฏิบัติงาน.....

ความเห็นหัวหน้าศูนย์ทันตสารสนเทศ

สำหรับผู้ขอใช้บริการ

ผลการดำเนินงาน ☐ เรียบร้อย ☐ ไม่เรียบร้อย เนื่องจาก.....

คะแนนผู้ให้บริการ ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ พอใช้ ☐ ต้องปรับปรุง ☐ ประเมินไม่ได้

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

ลงชื่อผู้รับบริการ.....วันที่...../...../.....เวลา.....

[illegible]