เลขที่รับ...../.....

แบบฟอร์มจองห้องประชุม

งานเวชนิทัศน์และโสตทัศนศึกษา กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วันที่...../...../.....

เรื่อง.....

. **หน่วยงาน**.....**โทร**.....

วัน/เดือน/ปี ที่ขอใช้ห้องประชุม.....**เวลา**.....

	ห้องประชุม		โสตทัศนูปกรณ์
	ห้องประชุมเปรื่องอนุชวานิช		Projector/LED TV
	ห้องประชุมเพชรแพรวา		Notebook
	ห้องประชุมอาคารเฉลิมพระบารมีชั้น 7		Visualizer
	ห้องประชุมดาวเรือง		เครื่องเสียง
	ห้องประชุมรวงผึ้ง		บันทึกเสียงการประชุม
	ห้องประชุมดอกพะยอม		ใช้ระบบ Video Conference
	ห้องประชุมเอื้ออารีย์		ถ่ายภาพนิ่ง
			ถ่ายวิดีโอ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อผู้ขอใช้บริการ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....

(นพ.กฤตพงษ์ สมบูรณ์)

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

เฉพาะเจ้าหน้าที่งานเวชนิทัศน์ และโสตทัศนศึกษา

ลงชื่อ.....ผู้รับงาน

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....หัวหน้างานเวชนิทัศน์ฯ

ความคิดเห็นของหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

O อนุมัติ O ไม่อนุมัติ เหตุผล.....

ลงชื่อ.....

(นพ.ไพบูลย์ วรรณศิริ)

รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ