



ศูนย์เทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบขอรับบริการ

ศูนย์เทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หน่วยสื่อประสม

โทร. 02-2564282 ต่อ15 e-mail : metc.multi@gmail.com

วันที่ / / เลขที่

ชื่อผู้ขอรับบริการ.....ภาควิชา/หน่วยงาน.....โทร.....

สถานภาพ อาจารย์ แพทย์ประจำบ้าน นิสิตแพทย์ เจ้าหน้าที่ อื่นๆ

ลงชื่อ.....
(ชื่อหัวหน้าภาค / ผู้แทน เช่นอนุมิตติหามิโชอาจารย์)

ห้องสมุดสื่อดิจิทัล

- ประเภทงาน
 - มัลติมีเดีย ภาพถ่ายดิจิทัล
 - สื่อวีดิทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์
- เรื่อง 1..... จำนวน
- 2..... จำนวน
- 3..... จำนวน
- ภาควิชา/หน่วยงาน.....
- วัน/เดือน/ปี.....
- สถานที่.....

สื่อประสม

- ถ่ายภาพ จำนวน
- สแกนภาพ จำนวน
- ปรับแต่งภาพ จำนวน
- ผลิตสื่อมัลติมีเดีย จำนวน
- สไลด์ (Powerpoint) จำนวน
- สำเนา CD/DVD.....จำนวน.....
- Print ภาพ ขนาด
 - 1 นิ้ว จำนวน
 - 4 x 6 นิ้ว จำนวน
 - 8 x 10 นิ้ว จำนวน

วีดิทัศน์

- ถ่ายบันทึกวีดิทัศน์
 - การเรียนการสอน ประชุมวิชาการ
 - ประชุมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมนิสิตฯ
 - การผ่าตัดรักษา ระบบวงจรปิด
 - ตัดต่อวีดิทัศน์/เสียง แปลงสื่อวีดิทัศน์
 - สำเนาสื่อวีดิทัศน์
- ชื่องาน

วัตถุประสงค์

- การเรียนการสอน
- งานวิจัย
- งานพิมพ์
- อื่นๆ.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย

- รูปภาพ
- เอกสาร
- หนังสือ
- CD/DVD
- Thumb drive
- อื่นๆ

นัดหมาย

วัน/เดือน/ปี.....

เวลา.....

สถานที่.....

ผู้ติดต่อประสานงาน.....

เบอร์โทร.....

e-mail.....

งานที่ต้องการ

- TAPE MINI-DV
- DVD
- FILE MPEG2
- FILE MPEG4
- FILE JPEG
- จำนวน

เฉพาะเจ้าหน้าที่

วันที่รับใบบริการ...../...../.....เวลา.....น.

เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน.....

วันที่แล้วเสร็จ...../...../.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....(ผู้รับบริการ/ผู้แทน)

โปรดเก็บส่วนนี้ไว้เพื่อ รับงาน หรือ / และ ยืนยันการส่งงานตาม วัน / เวลา ที่นัดหมายไว้

งานนี้ศูนย์เทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์สามารถให้บริการ

- ได้ ไม่ได้ เหตุผล
- รายการที่ขอมาให้บริการหมดแล้ว เจ้าหน้าที่รับงานเต็มแล้ว
- อื่นๆ

เลขที่.....

วัน/เดือน/ปี / /

ลงชื่อผู้รับงาน