**บันทึกการ ขอยืม-คืน อุปกรณ์โสตทัศนศึกษา คณะบริหารศาสตร์**

 วันที่...........................คณะ/หน่วยงาน.....................................โทรศัพท์...........................

ชื่อ................................................................สาขา................................รหัส..........................ชั้นปี...........

เพื่อใช้ในงาน/วิชา/เรื่อง................................................อาจารย์ผู้ควบคุม...............................................

กำหนดวันยืม วันที่............................................เวลา.....................................วันที่..................................

กำหนดวันคืน วันที่............................................เวลา.....................................วันที่.................................

 อุปกรณ์ที่สามารถให้ยืม-คืนได้วันธรรมดา 1วัน 1 คืนและยืมวันศุกร์-ส่งวันจันทร์ เพื่อท่านอื่นๆจะได้ใช้บริการด้วย

 □ เครื่องขยายเสียง จำนวน......................ชุด □ โปรเจคเตอร์ พร้อมสาย จำนวน...............เครื่อง

 □ ตู้ลำโพง พร้อมสาย จำนวน.......... ........คู่ □ จอรับภาพ จำนวน ....................................จอ

 □ ไมโครโฟน.............................................ตัว □ เครื่องฉายภาพสามมิติ จำนวน..................เครื่อง

 □ ไมค์ลอย จำนวน...................................ตัว □ เครื่องฉายแผ่นใส จำนวน .........................เครื่อง

 □ กล้องวีดีโอ พร้อมอุปกรณ์จำนวน........ชุด □ Notebook (เฉพาะอาจารย์/บุคลากร).........เครื่อง

 □ กล้องดิจิตอล พร้อมอุปกรณ์ จำนวน..........เครื่อง

 □ อื่นๆ....................................................................................................................................................

 ข้อเสนอแนะอื่นๆ.....................................................................................................................................................

 ผู้ขอใช้บริการ อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้รับผิดชอบ

 ลงชื่อ........................................... ลงชื่อ.........................................

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

 วันที่................................... วันที่...............................

**การส่งคืนอุปกรณ์**

 ตรวจสอบสภาพการรับคืน

 □ ครบ/ปกติ □ มีปัญหาเนื่องจาก............................................................

 **ผู้ส่งอุปกรณ์ ผู้รับอุปกรณ์**

ลงชื่อ......................................... ลงชื่อ.........................................

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

 วันที่................................... วันที่.......................................

**บันทึกการ ขอยืม-คืน อุปกรณ์โสตทัศนศึกษา คณะบริหารศาสตร์**

 วันที่...........................คณะ/หน่วยงาน.....................................โทรศัพท์...........................

ชื่อ................................................................สาขา...............................รหัส...........................ชั้นปี...........

เพื่อใช้ในงาน/วิชา/เรื่อง................................................อาจารย์ผู้ควบคุม................................................

กำหนดวันยืม วันที่............................................เวลา.....................................วันที่...................................

กำหนดวันคืน วันที่............................................เวลา.....................................วันที่..................................

 อุปกรณ์ที่สามารถให้ยืม-คืนได้วันธรรมดา 1วัน 1 คืนและยืมวันศุกร์-ส่งวันจันทร์ เพื่อท่านอื่นๆจะได้ใช้บริการด้วย

 □ เครื่องขยายเสียง จำนวน.....................ชุด □ โปรเจคเตอร์ พร้อมสาย จำนวน................เครื่อง

 □ ตู้ลำโพง พร้อมสาย จำนวน..................คู่ □ จอรับภาพ จำนวน ....................................จอ

 □ ไมโครโฟน..............................................ตัว □ เครื่องฉายภาพสามมิติ จำนวน....................เครื่อง

 □ ไมค์ลอย จำนวน....................................ตัว □ เครื่องฉายแผ่นใส จำนวน ..........................เครื่อง

 □ กล้องวีดีโอ พร้อมอุปกรณ์จำนวน........ชุด □ Notebook (เฉพาะอาจารย์/บุคลากร)........เครื่อง

 □ กล้องดิจิตอล พร้อมอุปกรณ์ จำนวน..........เครื่อง

 □ อื่นๆ.....................................................................................................................................................

 ข้อเสนอแนะอื่นๆ..........................................................................................................................................

 ผู้ขอใช้บริการ อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้รับผิดชอบ

 ลงชื่อ........................................... ลงชื่อ.........................................

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

 วันที่................................... วันที่....................................

**การส่งคืนอุปกรณ์**

 ตรวจสอบสภาพการรับคืน

 □ ครบ/ปกติ □ มีปัญหาเนื่องจาก............................................................

 **ผู้ส่งอุปกรณ์ ผู้รับอุปกรณ์**

ลงชื่อ......................................... ลงชื่อ.........................................

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

 วันที่................................... วันที่.......................................