



แบบฟอร์มการขอรับการสนับสนุน งานผลิตสื่อ-โสตทัศนศึกษาทางการแพทย์

งานโสตทัศนศึกษา กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลำดับที่ /

ชื่อผู้ขอใช้บริการ หน่วยงาน หมายเลขโทรศัพท์

วันที่ขอใช้บริการ เวลา..... วันที่ขอรับงาน เวลา.....

ถ่ายภาพ		มัลติมีเดีย	
	กิจกรรมทั่วไป		ผลิตสื่อเพื่อนำเสนอ Multi Media/Powerpoint
	กิจกรรมทางการแพทย์		Sound Digital Record & Editer
	สืบค้นภาพกิจกรรมจากแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์		VDO Digital Record & Editer
	กิจกรรมอื่น ๆ (ระบุ		ถ่ายทอด/ออกอากาศทางเคเบิล TV ภายใน
			อื่น ๆ (ระบุ
คอมพิวเตอร์กราฟิก(ออกแบบ)		กิจกรรมอื่น ๆ	
	โปสเตอร์		พิมพ์เอกสารขาว-ดำ (ขนาด A3 , A4)
	เอกสารแผ่นพับ		พิมพ์เอกสารสี (ขนาด A3 , A4)
	ป้ายไวเนล		Scan เอกสาร
	ใบประกาศนียบัตร		จัดบอร์ด
	โลโก้		ตัดสติ๊กเกอร์
	ปกหนังสือ		เคลือบพลาสติก
	ภาพพลิก		ติดตั้งคอมพิวเตอร์ / โปรเจคเตอร์พร้อมจอภาพ
	ตกแต่ง Powerpoint นำเสนอ		Write CD/DVD
	อื่น ๆ (ระบุ		ประชาสัมพันธ์ช่องทางต่าง ๆ (บอร์ด,FB,Intranet,Internet)
			อื่น ๆ (ระบุ

รายละเอียดกิจกรรม

จำนวน..... สถานที่ดำเนินกิจกรรม

วันที่ทำกิจกรรม เวลา น. ถึงเวลา น.

ลงชื่อ ผู้ขอใช้บริการ(หน.ฝ่าย/หน.งาน) ลงชื่อ ผู้ปฏิบัติงาน
(.....) (.....)

วันที่ วันที่

ลงชื่อ ผู้รับงาน / ผู้ตรวจสอบ
(.....)

วันที่

ผลการดำเนินงาน ดำเนินงานเรียบร้อย ครั้งที่ 1ครั้งที่ 2ครั้งที่ 3

หมายเหตุ : กรุณากรอกข้อมูลและชี้แจงรายละเอียดให้ครบถ้วน ส่งแบบฟอร์มที่งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์
ตรวจสอบความถูกต้องให้เรียบร้อย และ กรอกใบแสดงความคิดเห็นทางด้านหลังแบบฟอร์มฉบับนี้