

### แบบฟอร์มขอรับการสนับสนุนงานเวชนิทัศน์

1. หน่วยงาน.....แผนก.....  
กอง/กลุ่มงาน.....สังกัด.....
2. ผู้ประสานงานของหน่วยที่ขอมา  
ยศ-ชื่อ-นามสกุล.....สังกัด.....  
หมายเลขโทรศัพท์ภายใน.....มือถือ.....
3. งานที่ขอรับการสนับสนุน  
 ภาพนิ่ง  ภาพเคลื่อนไหว  งานกราฟิก/ออกแบบ  อื่นๆ
4. ชื่องาน.....  
วัน/เดือน/ปี และ เวลาที่จัดกิจกรรม.....  
สถานที่.....
5. ประเภทงาน  
 งานประชุมทั่วไป  
 งานประชุมอบรม/สัมมนาทางวิชาการ  
 งานฝึกสนับสนุนทางการแพทย์  
 กิจกรรม

ลงชื่อ.....ผู้ร้องขอ  
( ..... )

ตำแหน่ง.....  
...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ  
( ..... )

ตำแหน่ง.....  
...../...../.....

- หมายเหตุ ๑. ติดต่อประสานงานกับ นาย ปิณณ์ฯ แผนกเวชนิทัศน์ โทร ๕๒๗๐๗ ก่อนมารับงาน ๓-๕ วัน  
๒. หลังเสร็จงานควรติดต่อรับภาพภายใน ๒ สัปดาห์

แบบฟอร์มขอรับภาพนิ่ง/ภาพเคลื่อนไหว

1. หน่วยงาน.....แผนก.....  
กอง/กลุ่มงาน.....สังกัด.....
2. ผู้ประสานงานของหน่วยที่ขอมา  
ยศ-ชื่อ-นามสกุล.....สังกัด.....  
หมายเลขโทรศัพท์ภายใน.....มือถือ.....
3. งานที่ขอรับการสนับสนุน  
 ภาพนิ่ง  ภาพเคลื่อนไหว  งานกราฟิก/ออกแบบ  อื่นๆ
4. ชื่องาน.....  
วัน/เดือน/ปี และ เวลาที่จัดกิจกรรม.....
5. ประเภทงาน  งานประชุมทั่วไป  งานประชุม/อบรม/สัมมนาพิเศษ  
 งานสนับสนุนทางการแพทย์  อื่นๆ .....

ลงชื่อ.....ผู้ร้องขอ

( ..... )

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

เสนอ ผอ.กวส.พร.

เพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

หน.เวชนิทัศน์

.....

...../...../.....

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก .....

.....

ผอ.กวส.พร.

.....

...../...../.....

หมายเหตุ ๑. ติดต่อประสานงานกับ นาย ปิณณ์ฯ แผนกเวชนิทัศน์ โทร ๕๒๗๐๗ ก่อนมารับงานที่ขอไว้

๒. กำหนดการมารับภาพนิ่ง/ภาพเคลื่อนไหว ภายใน 2 สัปดาห์

๓. เตรียมอุปกรณ์ในการใส่ข้อมูลและภาพต่างๆมาด้วยตนเอง