



## ใบขออนุญาตใช้บริการไนโตรเจนเหลว น้ำปราศจากไอออน และน้ำกลั่น

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ขอใช้บริการ

รหัสลูกค้า.....ชื่อ-นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน  มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  หน่วยงานภายนอก (ระบุ).....

โทรศัพท์.....มือถือ.....E-mail.....

มีความประสงค์ขอบริการ  ไนโตรเจนเหลว  น้ำปราศจากไอออน  น้ำกลั่น  อื่นๆ ระบุ.....

วันที่.....เวลา.....

วัตถุประสงค์.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ  
(.....)ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(.....)

## ส่วนที่ 2 การตรวจสอบค่าบริการศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์

SEC...../65

1. ไนโตรเจนเหลว รายละเอียด.....จำนวน.....บาท

2. น้ำปราศจากไอออน/น้ำกลั่น รายละเอียด.....จำนวน.....บาท

3. อื่นๆ รายละเอียด.....จำนวน.....บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....จำนวน.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

## ส่วนที่ 3 กรณีผู้ขอรับบริการชำระเงินที่ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....จำนวน.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

## ส่วนที่ 4 กองคลัง สำนักงานอธิการบดี

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....

ที่อยู่.....

หมายเหตุ.....

ได้รับเงินเป็นจำนวน.....บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงิน เลขที่.....วันที่.....ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

## ผู้รับใบเสร็จรับเงิน

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ กรุณาชำระเงินค่าบริการทดสอบได้ที่.....

ตามประกาศมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผู้ขอใช้บริการจะต้องชำระค่าบริการใช้เครื่องมือ ห้องปฏิบัติการ และห้องประชุมให้ถูกต้องครบถ้วนก่อนการให้บริการตามอัตราค่าบริการ

ติดต่อได้ที่ ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190 โทร. 045353079