

แบบฟอร์มขอใช้ระบบประชุมออนไลน์ Zoom Meeting
สถาบันห้องปฏิบัติการอ้างอิงแห่งชาติ

วันที่

เรียน ผศบก. สอช. ผ่าน(ผอ.ศูนย์)

ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)

ตำแหน่ง กลุ่ม ศูนย์

เบอร์โทรศัพท์ อีเมล

ลักษณะการประชุม

☐ ประชุม ☐ อบรม ☐ สัมมนา ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

เรื่อง/หัวข้อ

ตั้งแต่วันที่ (วัน/เดือน/ปี)ถึงวันที่ เวลา น.

ถึง น.

สถานที่จัดประชุม

- ☐ ห้องประชุม วว. (ห้อง 308B อาคาร ดร.ต้วฯ)
☐ ห้องประชุม คอ. (ห้อง 500C อาคาร ดร.ต้วฯ)
☐ ห้องประชุม อว. (ห้อง 407 อาคาร ดร.ต้วฯ)
☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

ผู้เข้าร่วมการประชุมผ่าน ระบบ Zoom Meeting จำนวน คน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ขอใช้งาน

สำหรับผู้ดูแลระบบ Zoom Meeting :

เรียน นว.ปก. ไชยยนต์ ฯ เพื่อโปรดดำเนินการ (นายก่อพงศ์ หงษ์ศรี) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์บริหารกลาง สถาบันห้องปฏิบัติการอ้างอิงแห่งชาติ	ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว (นายไชยยนต์ ใจไหว) ตำแหน่ง นักวิทยาศาสตร์ปฏิบัติการ ผู้ดูแลระบบ Zoom Meeting สอช.
---	--

ส่งแบบฟอร์มที่ กลุ่มบริหารโครงการ ศูนย์บริหารกลาง สถาบันห้องปฏิบัติการอ้างอิงแห่งชาติ ห้อง 313 ชั้น 3 อาคารหอสมุด หรือทางอีเมล chaiyon@dss.go.th โทร. 7307