

## ใบขออนุมัติใช้ห้องประชุมโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....กลุ่มงาน / ฝ่าย .....โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม  
หรือหน่วยงานอื่น.....หมายเลขหน่วยงาน.....หมายเลขมือถือ.....

มีความประสงค์จะขออนุมัติใช้ห้องประชุมโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ดังนี้

1. ข้าพเจ้าได้รับทราบและยินดีปฏิบัติตามระเบียบว่าด้วยการใช้ห้องประชุมโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม
2. ข้าพเจ้าจะขอใช้ห้องประชุมเพื่อ.....เรื่อง.....  
ในวันที่.....เวลา.....ถึงวันที่.....เวลา.....รวม.....วัน / ชั่วโมง
3. ผู้เข้าประชุมมีจำนวน.....คน ขออนุมัติใช้ห้องประชุม.....

ชัยพฤกษ์ ( 50 – 200 คน )

4. ขอใช้เครื่องเสียง เครื่องโสตทัศนูปกรณ์ ดังนี้

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> เครื่องเสียงภายในห้อง | <input type="checkbox"/> เครื่องเสียงตามสาย | <input type="checkbox"/> เครื่องโปรเจคเตอร์ |
| <input type="checkbox"/> ไมค์ตั้งโต๊ะ.....ตัว  | <input type="checkbox"/> ไมค์ลอย.....ตัว    | <input type="checkbox"/> เครื่องคอมพิวเตอร์ |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....            | ..... (ระบุ )                               |   |

5. ขอใช้อุปกรณ์การเตรียมอาหารและเครื่องดื่ม

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> แก้วน้ำสั่น.....ใบ | <input type="checkbox"/> แก้วน้ำ HA.....ใบ | <input type="checkbox"/> ชุดกาแฟ.....ชุด    |
| <input type="checkbox"/> ถ้วยกาแฟ.....ใบ    | <input type="checkbox"/> ช้อนกาแฟ.....ก้าน | <input type="checkbox"/> จานรองแก้ว.....อัน |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....        | .....                                      |   |

หน่วยงานของข้าพเจ้า / ข้าพเจ้า ยินดีบำรุงค่าบริการห้องประชุม

- |                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| [ ] ค่าเช่าห้องประชุม เต็มวัน  | จำนวน 5,000 บาท |
| [ ] ค่าเช่าห้องประชุม ครึ่งวัน | จำนวน 2,500 บาท |

เนื่องด้วยหน่วยงานของข้าพเจ้า เป็นหน่วยงานราชการ.....หรือ.....จึงขออนุมัติบำรุงค่าบริการดังกล่าวเป็นเงิน.....บาท

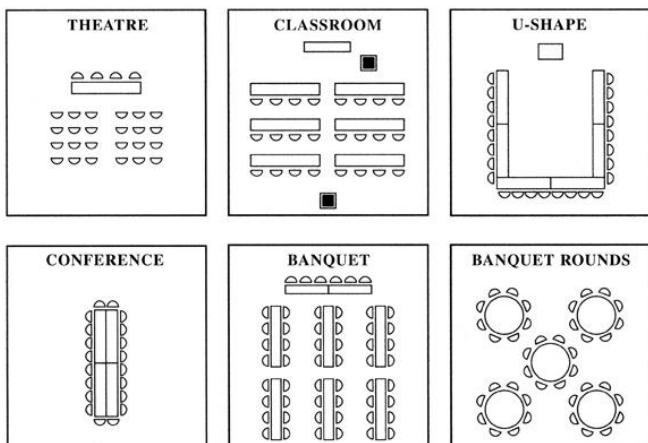
ลงชื่อ.....ผู้รับจองห้องประชุม  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ใช้ห้องประชุม  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

### กรุณาเลือกรูปแบบการจัด



ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

( นายมนต์ชัย วิวัฒนาสิทธิพงศ์ )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม