

แบบฟอร์มการขอใช้ห้องประชุม/อุปกรณ์โสตฯ

งานเวชนิทัศน์และโสตทัศนศึกษาทางการแพทย์ สำนักผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหัวหิน โทร 4110

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอใช้บริการงานเวชนิทัศน์
เรียน สำนักผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหัวหิน

ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....กลุ่มงาน/ฝ่าย.....
โทร.....มีความประสงค์จะขอใช้ห้องประชุม ในวันที่.....ถึง.....เดือน.....พ.ศ.
ตั้งแต่เวลา.....ถึง.....น.เพื่อจัดประชุม/อบรม/สัมมนา เรื่อง.....
.....โดยมีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน.....คน

- มีพิธีเปิดประชุม โดยมี.....เป็นประธาน และ.....เป็นเลขานุการ
 ไม่มีพิธีเปิดประชุม

จึงเรียนมาเพื่อสนับสนุนโสตทัศนอุปกรณ์ดังนี้

ห้องประชุม

- ห้องประชุม 1 (ชั้น 10) จุได้ 120-250 คน ห้องประชุม 2 (ชั้น 10) จุได้ 38-85 คน
 ห้องประชุมดวงใจ รุ่งคณัย(ชั้น 9) จุได้ 50-60 คน ห้องประชุมริมทะเล (ชั้น 9) จุได้ 40 คน
 ห้องประชุมกลุ่มผู้อำนวยการ (ห้องเล็กชั้น 9) จุได้ 8-13 คน ห้องประชุมหัวหินภิรมย์ จุได้ 200-250 คน

อุปกรณ์โสตฯ

- คอมพิวเตอร์ เครื่องฉายภาพวีดิทัศน์ (LCD Projector)
 เครื่องฉายแผ่นทึบ (Visualizer) กล้องวีดีโอ
 กล้องถ่ายรูป เครื่องเล่น DVD
 ไมโครโฟน ชนิดตั้งโต๊ะตัว ไมลอย.....ตัว
 เครื่องบันทึกเสียง ไม่ใช่อุปกรณ์
 อื่นๆ.....

รูปแบบการจัดโต๊ะห้องประชุม

- แบบรูปตัว U/เกือกม้า
 แบบคลาสรูม / โต๊ะนักเรียน
 แบบกลุ่ม
 อื่นๆ.....

ผู้ขอใช้ห้องประชุม

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

ผู้รับจองห้องประชุม

ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ต้องแจ้งให้งานเวชนิทัศน์ทราบล่วงหน้า 5 วัน เพื่อจะจัดเตรียมห้องต่างๆ ได้ถูกต้อง