



แบบฟอร์มขอใช้บริการห้องประชุมของฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โรงพยาบาลศิริราช สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

เลขที่ 20 ซอยอ่อนนุช 90 แขวงประเวศ เขตประเวศ กรุงเทพฯ 10250

ชื่อ-สกุล หน่วยงาน โทรศัพท์

วันที่ใช้ห้องประชุม เรื่อง

ห้องประชุม

เรียน หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป

- | | | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ห้องประชุม 1 ห้องประชุมศิริราช | ชั้น 4 | <input type="checkbox"/> Projector | <input type="checkbox"/> computer | <input type="checkbox"/> VDO conference |
| <input type="checkbox"/> ห้องประชุม 2 ห้องประชุมคุณหญิงหรั่ง กัณตารัตติ | ชั้น 2 | <input type="checkbox"/> กรณีย้ายวันประชุม เป็น |/...../..... | |
| <input type="checkbox"/> ห้องประชุม 3 ห้องประชุมประคอง | ชั้น 4 | ห้อง..... | <input type="checkbox"/> ยกเลิก | |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ | | เจ้าหน้าที่ได้ทำการตรวจสอบห้องประชุมแล้ว | | |
| เวลา <input type="checkbox"/> 08.00 – 12.00 น. | <input type="checkbox"/> 13.00 – 16.00 น. | ห้องประชุม <input type="checkbox"/> ว่าง | <input type="checkbox"/> ไม่ว่าง | |
| <input type="checkbox"/> (.....) | | ลงชื่อ | | |

(.....)

ลงชื่อ ผู้ขอใช้บริการ
(.....)

ผู้ดำเนินการ

วันที่/...../.....

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

อนุญาต ไม่อนุญาต

ลงชื่อ หัวหน้างาน / กลุ่มงาน
(.....)

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง

หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป

วันที่/...../.....

วันที่/...../.....

*** กรุณาจองห้องประชุมล่วงหน้าก่อน 3 วันทำการ ส่งแบบฟอร์มการจองห้องประชุมได้ที่ งานสวัสดิการ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป โรงพยาบาลศิริราช

*** หากมีข้อสงสัยกรุณาสอบถามข้อมูลได้ที่งานสวัสดิการ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป โทร 10458

สำหรับเจ้าหน้าที่

อุปกรณ์

ทราบ/...../.....

P วันที่ประชุมห้อง.....เริ่มเวลา.....

ย้าย/...../.....

C หน่วยงานโทรศัพท์.....

ยกเลิก

VDO

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่

เรื่อง

ผู้รับผิดชอบ