เลขที่ บ. …....../..............(ส่วนที่1)

วันที่..........เดือน.....................พ.ศ............

**แบบฟอร์มการให้บริการงานโสตทัศนูปกรณ์**

1. ชื่อ-นามสกุล ...................................................................................ตำแหน่ง.............................................................................

2. กลุ่ม/ ฝ่าย ................................................................................................................................................................................

 🔿 อื่นๆ (หน่วยงานภายนอก).............................................................................................................................................................

3. งานที่ขอใช้บริการ......................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| 🔿 อนุมัติ 🔿 ไม่อนุมัติลงชื่อ.....................................................(ผู้อนุมัติ) (....................................................) | **ผู้ได้รับมอบหมาย** วันที่รับงาน….…. เดือน………………พ.ศ.……….ลงชื่อ......................................................(……….……..……..……………….................…………) กำหนดงานเสร็จภายในวันที่…….……เดือน………….....……พ.ศ......…….……..\*\*ส่งงานไม่ตรงตามกำหนดเนื่องจาก..........................................................……………………………………………………………………….…………………………….. |
| มอบหมายให้......................................................ดำเนินการต่อไป |
| **ผู้ขอใช้บริการ** ได้รับการดำเนินงานแล้ว ลงชื่อ......................................................................................... (……….……..…….................……………..............……………) รับงานวันที่…………เดือน…………...……พ.ศ......……….. |

**✂-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

เลขที่ บ. …....../..............(ส่วนที่2)

**แบบประเมินความพึงพอใจ**

🔿สสช. 🔿อื่นๆ (หน่วยงานภายนอก)............................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการประเมิน** | **ดี****(3 คะแนน)** | **พอใช้****(2 คะแนน)** | **ปรับปรุง****(1 คะแนน)** |
| 1 | ด้านคุณภาพของงาน |  |  |  |
| 2 | ด้านบริการ |  |  |  |
| 3 | ด้านการตรงต่อเวลา |  |  |  |

\*\*\* กรุณาส่งคืนแบบประเมินความพึงพอใจที่กลุ่มบริหารจัดการสุขภาพสัตว์ ภายใน 3 วันหลังจากรับมอบงาน