

แบบขอถ่ายสำเนาเอกสารระบบดิจิทัล

เลขที่...../25.....

ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง..... กลุ่ม/ศูนย์/ฝ่าย..... โทร.....

มีความประสงค์ขอถ่ายสำเนาเอกสารระบบดิจิทัล เรื่อง.....

☐ ตามต้นฉบับแนบ ☐ ไฟล์ ☐ จำนวน..... ☐ หน้า ☐ แผ่น ☐ รีม ☐ ถ่ายหน้าเดียว ☐ ถ่ายหน้า-หลัง ต่อ 1 แผ่น

กำหนดเสร็จ ☐ ด่วนมาก (ภายใน 3 ชั่วโมง) ☐ ด่วน (ภายใน 1 วันทำการ) ☐ ภายในวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอ วันที่.....	ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่ม/ศูนย์/ฝ่าย (.....) วันที่.....
---------------------------------	---

ความเห็นของกลุ่มบริหารจัดการสุขภาพสัตว์ ☐ ให้เจ้าหน้าที่อาคารคลังพัสดุดำเนินการ
☐ ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก ☐ ต้นฉบับไม่ชัดเจน ☐ ต้นฉบับไม่สมบูรณ์
☐ อยู่ระหว่างซ่อมเครื่อง (ใช้งานได้วันที่.....) ☐

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
 (.....)
 วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการ
 (.....)
 วันที่.....

การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการถ่ายสำเนาดิจิทัล			
(1) ด้านคุณภาพของงาน	☐ ดี ★★★★★	☐ พอใช้ ★★★	☐ ปรับปรุง ★
(2) ด้านบริการ	☐ ดี ★★★★★	☐ พอใช้ ★★★	☐ ปรับปรุง ★
(3) ด้านการตรงต่อเวลา	☐ ดี ★★★★★	☐ พอใช้ ★★★	☐ ปรับปรุง ★
ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ วันที่.....			[form_12]



แบบขอถ่ายสำเนาเอกสารระบบดิจิทัล

เลขที่...../25.....

ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง..... กลุ่ม/ศูนย์/ฝ่าย..... โทร.....

มีความประสงค์ขอถ่ายสำเนาเอกสารระบบดิจิทัล เรื่อง.....

☐ ตามต้นฉบับแนบ ☐ ไฟล์ ☐ จำนวน..... ☐ หน้า ☐ แผ่น ☐ รีม ☐ ถ่ายหน้าเดียว ☐ ถ่ายหน้า-หลัง ต่อ 1 แผ่น

กำหนดเสร็จ ☐ ด่วนมาก (ภายใน 3 ชั่วโมง) ☐ ด่วน (ภายใน 1 วันทำการ) ☐ ภายในวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอ วันที่.....	ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่ม/ศูนย์/ฝ่าย (.....) วันที่.....
---------------------------------	---

ความเห็นของกลุ่มบริหารจัดการสุขภาพสัตว์ ☐ ให้เจ้าหน้าที่อาคารคลังพัสดุดำเนินการ
☐ ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก ☐ ต้นฉบับไม่ชัดเจน ☐ ต้นฉบับไม่สมบูรณ์
☐ อยู่ระหว่างซ่อมเครื่อง (ใช้งานได้วันที่.....) ☐

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
 (.....)
 วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการ
 (.....)
 วันที่.....

การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการถ่ายสำเนาดิจิทัล			
(1) ด้านคุณภาพของงาน	☐ ดี ★★★★★	☐ พอใช้ ★★★	☐ ปรับปรุง ★
(2) ด้านบริการ	☐ ดี ★★★★★	☐ พอใช้ ★★★	☐ ปรับปรุง ★
(3) ด้านการตรงต่อเวลา	☐ ดี ★★★★★	☐ พอใช้ ★★★	☐ ปรับปรุง ★
ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ วันที่.....			[form_12]