

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 <input type="checkbox"/> ให้เจ้าหน้าที่อาคารคลังพัสดุดำเนินการ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก <input type="checkbox"/> ต้นฉบับไม่ชัดเจน <input type="checkbox"/> ต้นฉบับไม่สมบูรณ์ <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างซ่อมเครื่อง (ใช้งานได้วันที่.....) <input type="checkbox"/> ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ (.....) วันที่.....					
การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการถ่ายสำเนาดิจิทัล					
(1) ด้านคุณภาพของงาน	<input type="checkbox"/> ดีมาก (5 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ดี (4 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ปานกลาง (3 คะแนน)	<input type="checkbox"/> น้อย (2 คะแนน)	<input type="checkbox"/> น้อยที่สุด (1 คะแนน)
(2) ด้านบริการ	<input type="checkbox"/> ดีมาก (5 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ดี (4 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ปานกลาง (3 คะแนน)	<input type="checkbox"/> น้อย (2 คะแนน)	<input type="checkbox"/> น้อยที่สุด (1 คะแนน)
(3) ด้านการตรงต่อเวลา	<input type="checkbox"/> ดีมาก (5 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ดี (4 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ปานกลาง (3 คะแนน)	<input type="checkbox"/> น้อย (2 คะแนน)	<input type="checkbox"/> น้อยที่สุด (1 คะแนน)
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 <input type="checkbox"/> ให้เจ้าหน้าที่อาคารคลังพัสดุดำเนินการ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก <input type="checkbox"/> ต้นฉบับไม่ชัดเจน <input type="checkbox"/> ต้นฉบับไม่สมบูรณ์ <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างซ่อมเครื่อง (ใช้งานได้วันที่.....) <input type="checkbox"/> ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ (.....) วันที่.....					
การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการถ่ายสำเนาดิจิทัล					
(1) ด้านคุณภาพของงาน	<input type="checkbox"/> ดีมาก (5 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ดี (4 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ปานกลาง (3 คะแนน)	<input type="checkbox"/> น้อย (2 คะแนน)	<input type="checkbox"/> น้อยที่สุด (1 คะแนน)
(2) ด้านบริการ	<input type="checkbox"/> ดีมาก (5 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ดี (4 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ปานกลาง (3 คะแนน)	<input type="checkbox"/> น้อย (2 คะแนน)	<input type="checkbox"/> น้อยที่สุด (1 คะแนน)
(3) ด้านการตรงต่อเวลา	<input type="checkbox"/> ดีมาก (5 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ดี (4 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ปานกลาง (3 คะแนน)	<input type="checkbox"/> น้อย (2 คะแนน)	<input type="checkbox"/> น้อยที่สุด (1 คะแนน)
ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ วันที่.....					[form_12]