

	แบบฟอร์มขอใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือวิทยาศาสตร์ ห้องปฏิบัติการศูนย์เครื่องมือวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางสัตวแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Mahidol University Veterinary Science-Frontier Research Facility: MUVS-FRF)		
	Form Number : F-MUVS-FRF-001	Effective Date : 24 Apr 2025	Page No : 1 of 6

เลขที่ วันที่ สำหรับเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ขอใช้เครื่องมือ

ชื่อ - นามสกุล :

ตำแหน่ง ☐ อาจารย์ ☐ นักวิทยาศาสตร์ ☐ นักวิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ☐ เจ้าหน้าที่วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยประจำโครงการ
☐ นักศึกษา ระดับ/รหัสนักศึกษา...../..... ☐ อื่น ๆ

ภาควิชา/หน่วยงาน/คณะ :

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน (มือถือ) : E-mail :

หมายเลขบัตรศีก์การ :

มีความประสงค์ขอใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์ เพื่อใช้งานดังนี้

- ☐ โครงการวิจัย ☐ การเรียนการสอน ☐ วิทยานิพนธ์ ☐ Research Project
☐ งานบริการวิชาการ ☐ อื่น ๆ

โครงการวิจัย/รายวิชา :

อาจารย์ที่ปรึกษา/หัวหน้าโครงการ :

เบอร์โทรศัพท์อาจารย์ที่ปรึกษา/หัวหน้าโครงการที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน (มือถือ) :

*นักศึกษา/เจ้าหน้าที่วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยประจำโครงการ ต้องมีอาจารย์ที่ปรึกษา/หัวหน้าโครงการลงนามรับรอง

ประสงค์ขอใช้

- ☐ ห้องปฏิบัติการกลาง (Central laboratory)
☐ ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา (Microbiology laboratory)
☐ ห้องปฏิบัติการเพาะเลี้ยงเซลล์ (Cell culture laboratory)
☐ ห้องปฏิบัติการหาลำดับพันธุกรรม (Next-generation laboratory)

ตั้งแต่วันที่ : ถึงวันที่ :

*นักศึกษา/เจ้าหน้าที่วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยประจำโครงการ ระยะเวลา 1 ปี และ อาจารย์/นักวิทยาศาสตร์/นักวิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ระยะเวลา 3 ปี

ประวัติอบอรมการใช้ห้องปฏิบัติการ *โปรดแนบเอกสารรับรองผ่านการอบอรมการใช้ห้องปฏิบัติการ/ Biosafety/ Biosecurity

- ☐ ไม่เคยผ่านการอบอรมการใช้ห้องปฏิบัติการ
☐ เคยผ่านการอบอรมการใช้ห้องปฏิบัติการ ในหลักสูตร.....

***(หากเขียนด้วยลายมือโปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจงให้ครบถ้วนและชัดเจน)**

	แบบฟอร์มขอใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือวิทยาศาสตร์ ห้องปฏิบัติการศูนย์เครื่องมือวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางสัตวแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Mahidol University Veterinary Science-Frontier Research Facility: MUVS-FRF)		
	Form Number : F-MUVS-FRF-001	Effective Date : 24 Apr 2025	Page No : 2 of 6

เครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่ประสงค์ขอใช้งาน (ระบุข้อมูลอย่างละเอียด)

รายการเครื่องมือ (✓)	ประสบการณ์ใช้งาน (✓)		การอบรมใช้งาน (✓)		หมายเหตุ (หากเคยอบรมการใช้งานโปรดระบุ ชื่อบุคคล/บริษัทที่ให้การอบรม)
	มี	ไม่มี	เคย	ไม่เคย	
ห้องปฏิบัติการกลาง (Central laboratory)					
☐ Pulsed field gel electrophoresis systems					
☐ Incubator shaker, Kuhner					
☐ Microplate spectrophotometer, BMG LABTECH					
☐ Refrigerated centrifuge, Sigma					
☐ Protein analyzer, BioDrop					
☐ UVP Gelstudio plus, Analytik jena					
☐ Automated cell counters, Thermo Fisher					
☐ Biological safety cabinet, Clean					
☐ Autoclave, TOMY					
☐ Chemical storage, Bigneat					
☐ Ultra-low temperature freezer -86°C, Haier					
☐ Freezer -20 °C, Panasonic					
☐ Freezer -20 °C, Mitsubishi					
☐ Freezer -20 °C, SANYO					
☐ Refrigerator, Sanden					
☐ เครื่องชั่ง 4 ตำแหน่ง, Mettler-toledo					
☐ เครื่องชั่ง 2 ตำแหน่ง, AND					
☐ เครื่องชั่ง 2 แขน, OHAUS					
☐ Hotplate stirrer, IKA					
☐ Heating block dry bath incubator, Benchmark					
☐ pH meter, SI Analytics					
☐ Advanced IR vortex mixer, Velp					
☐ Vortex mixer, IKA					
☐ Micro centrifuge, Onilab					
☐ Micro centrifuge, LabTech					
☐ Stereo Microscopes SMZ-18					

	แบบฟอร์มขอใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือวิทยาศาสตร์ ห้องปฏิบัติการศูนย์เครื่องมือวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางสัตวแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Mahidol University Veterinary Science-Frontier Research Facility: MUVS-FRF)		
	Form Number : F-MUVS-FRF-001	Effective Date : 24 Apr 2025	Page No : 3 of 6

เครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่ประสงค์ขอใช้งาน (ระบุข้อมูลอย่างละเอียด)

รายการเครื่องมือ (✓)	ประสบการณ์ ใช้เครื่องมือ (✓)		การอบรม ใช้งาน (✓)		หมายเหตุ (หากเคยอบรมการใช้งาน โปรดระบุ ชื่อบุคคล/บริษัทที่ให้การอบรม)
	มี	ไม่มี	เคย	ไม่เคย	
ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา (Microbiology laboratory)					
☐ Inverted microscopes with camera, Nikon					
☐ Biological safety cabinet Class II, LAMSYSTEMS					
☐ CO ₂ incubator, Thermo					
☐ Cooling incubator, BINDER					
☐ Refrigerated centrifuge, Sigma					
☐ เครื่องชั่ง 2 แขน, OHAUS					
☐ Medical refrigerator, EVERmed					
☐ Microcentrifuge, Labogene					
☐ Advanced IR vortex mixer, Velp					
☐ Heating Block Dry Bath Incubator, Benchmark					
☐ Hotplate stirrer, M TOPS					
☐ Water bath, DH Serials					
☐ Pipette aid, Thermo					
☐ Multichannel pipette 8 ช่อง 30-300 µL,					
☐ Auto Pipette 2, 20, 200, 1000 µL,					
ห้องปฏิบัติการเพาะเลี้ยงเซลล์ (Cell culture laboratory)					
☐ CO ₂ incubator, Thermo					
☐ Vibrating blade microtome, Leica					
☐ Inverted microscopes for fluorescence with camera, Nikon					
☐ Biological safety cabinet Class II, Thermo					
☐ Pipette aid, Thermo					
☐ Multichannel pipette 8 ช่อง 30-300 µL,					
☐ Auto Pipette 2, 20, 200, 1000 µL,					

*เอกสารรายการเครื่องมือ (LF-MUVS-FRF-001)

	แบบฟอร์มขอใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือวิทยาศาสตร์ ห้องปฏิบัติการศูนย์เครื่องมือวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางสัตวแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Mahidol University Veterinary Science-Frontier Research Facility: MUVS-FRF)		
	Form Number : F-MUVS-FRF-001	Effective Date : 24 Apr 2025	Page No : 4 of 6

หมายเหตุ :

1. ผู้ใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือต้องรักษาทรัพย์สินของห้องปฏิบัติการ
2. ผู้ใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือต้องผ่านการอบรมการใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือ และได้รับการรับรองเรื่องความปลอดภัยในการใช้ห้องปฏิบัติการ กรณีไม่ผ่านการอบรมและจำเป็นต้องปฏิบัติงานจะต้องมีอาจารย์ที่ปรึกษาควบคุมดูแลขณะใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือทุกครั้ง
3. ผู้ใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือต้องตรวจสอบความปกติ-ผิดปกติ และบันทึกการใช้งานเครื่องมือลงในบันทึกการใช้งาน (logbook) ทุกครั้ง รวมถึงต้องเก็บทำความสะอาดเครื่องมือและบริเวณที่ปฏิบัติงานให้เรียบร้อย ในกรณีที่เกิดความผิดปกติของเครื่องมือ ต้องรีบรายงานต่อผู้ควบคุมดูแลห้องปฏิบัติการทันที
4. ผู้ใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือต้องแนบแบบประเมินความเสี่ยงเชิงจุลชีพที่จะทำการศึกษาวิจัย เพื่อให้สามารถเลือกอุปกรณ์ เครื่องมือ และห้องปฏิบัติงานในระดับที่เหมาะสมกับความเสี่ยงของงานที่ปฏิบัติ
5. ผู้ใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือไม่มีสิทธิ์ในการเคลื่อนย้ายและถอดปลั๊กเครื่องมือ (กรณีที่เครื่องมือถูกเสียบปลั๊กไว้) รวมถึงอุปกรณ์ประกอบเครื่องมือ และห้ามเคลื่อนย้ายหรือทิ้งสารเคมีและวัสดุวิทยาศาสตร์ของผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต
6. ผู้ใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือยินยอมรับผิดชอบต่อความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างช่วงเวลาที่ได้รับอนุญาตให้ใช้งานห้องปฏิบัติการและเครื่องมือ นั้น ๆ ซึ่งรวมถึงความเสียหายที่อาจเกิดแก่ผู้อื่นและทรัพย์สินของผู้อื่นด้วย ในกรณีนักศึกษาระดับปริญญาตรี โท เอก เป็นคนทำให้เกิดความเสียหาย อาจารย์ที่ปรึกษาต้องเป็นผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบต่อเหตุการณ์ดังกล่าวด้วย
7. ยื่นเรื่องขอใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือล่วงหน้าอย่างน้อย 7 วันทำการก่อนการใช้งานเท่านั้น การดำเนินเรื่องขอใช้ห้องปฏิบัติการสำหรับนักศึกษาสามารถขอเข้าใช้ได้ระยะเวลา 1 ปี สำหรับอาจารย์และเจ้าหน้าที่สามารถขอเข้าใช้ได้ระยะเวลา 3 ปี หลังจากนั้นต้องดำเนินเรื่องขออนุญาตอีกครั้ง
8. สืบเนื่องจากห้องปฏิบัติการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อให้มีผลผลิต (output) ในการของบประมาณสนับสนุน เช่น ครุภัณฑ์ใหม่ ครุภัณฑ์ทดแทน ดังนั้นจึงขอความร่วมมือให้ผู้ใช้งานห้องปฏิบัติการเขียนแสดงความขอบคุณ (acknowledgement) ห้องปฏิบัติการศูนย์เครื่องมือวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางสัตวแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในบทความวิจัยฉบับสมบูรณ์และผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์หรือในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอันเกี่ยวข้องกับงานวิจัยในสิ่งพิมพ์ของผู้ใช้งานด้วย โดยผู้ใช้งานสามารถระบุข้อความในกิตติกรรมประกาศเป็นภาษาไทยว่า “โครงการวิจัยได้รับความอนุเคราะห์ใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือจากห้องปฏิบัติการศูนย์เครื่องมือวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางสัตวแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล” หรือภาษาอังกฤษว่า “Mahidol University Veterinary Science-Frontier Research Facility (MUVS-FRF) provided laboratory and equipment assistance for this study.”



แบบฟอร์มขอใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือวิทยาศาสตร์
ห้องปฏิบัติการศูนย์เครื่องมือวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางสัตวแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
(Mahidol University Veterinary Science-Frontier Research Facility: MUVS-FRF)

Form Number : F-MUVS-FRF-001

Effective Date : 24 Apr 2025

Page No : 5 of 6

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือห้องปฏิบัติการศูนย์เครื่องมือวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางสัตวแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามข้อมูลรายละเอียดที่ได้แจ้งไว้กับห้องปฏิบัติการศูนย์เครื่องมือวิจัยฯ เท่านั้น โดยข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบข้อปฏิบัติรวมถึงระเบียบการใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือ โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบที่เกี่ยวข้องของห้องปฏิบัติการศูนย์เครื่องมือวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางสัตวแพทย์ทุกประการ

ทั้งนี้ หากระหว่างปฏิบัติงานข้าพเจ้าได้ก่อให้เกิดการชำรุดเสียหายต่อทรัพย์สินต่าง ๆ ของห้องปฏิบัติการเครื่องมือหรืออุปกรณ์ รวมถึงบริเวณปฏิบัติงานที่ข้าพเจ้ามีส่วนเกี่ยวข้อง/หรือเป็นสาเหตุแห่งความเสียหายนั้น ๆ ข้าพเจ้าจะชดเชยค่าเสียหายที่เกิดขึ้นตามจริง และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากสืบทราบในภายหลังว่าข้อความดังกล่าวไม่เป็นความจริงและก่อให้เกิดความเสียหายต่อคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นทั้งหมด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอใช้ห้องปฏิบัติการ

วันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา/หัวหน้าโครงการวิจัยของ.....จริง ทั้งนี้ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ โดยข้าพเจ้าจะกำกับดูแลและร่วมรับผิดชอบต่อการใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือของบุคคลดังกล่าวให้อยู่ในความเรียบร้อย ตามระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องของห้องปฏิบัติการศูนย์เครื่องมือวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางสัตวแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษา/หัวหน้าโครงการวิจัย

วันที่.....

Check List เอกสารประกอบการขอใช้ห้องปฏิบัติการศูนย์เครื่องมือวิจัยฯ

- | | |
|--|---|
| ☐ F-MUVS-FRF-001 แบบฟอร์มขอใช้ห้องปฏิบัติการฯ | ☐ เอกสารรับรองการผ่านอบรมการใช้ห้องปฏิบัติการ |
| ☐ F-MUVS-FRF-008 แบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยง | ☐ เอกสารข้อมูลความปลอดภัย (Safety Data Sheet, SDS) (ถ้ามี) |
| ☐ F-MUVS-FRF-009 แบบฟอร์มบริหารความเสี่ยง | ☐ อื่น ๆ (ถ้ามี) |
| ☐ แบบฟอร์มการขอทำบัตรกุญแจ (Key Card) | |

	แบบฟอร์มขอใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือวิทยาศาสตร์ ห้องปฏิบัติการศูนย์เครื่องมือวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางสัตวแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Mahidol University Veterinary Science-Frontier Research Facility: MUVS-FRF)		
	Form Number : F-MUVS-FRF-001	Effective Date : 24 Apr 2025	Page No : 6 of 6

ส่วนที่ 2 สำหรับผู้ควบคุมดูแลห้องปฏิบัติการ

ความคิดเห็นของนักวิทยาศาสตร์

- ☐ เห็นควรอนุญาต
- ☐ ไม่เห็นควรอนุญาต

เนื่องจาก.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผลการพิจารณาการขอใช้ห้องปฏิบัติการ

- ☐ อนุญาต
- ☐ ไม่อนุญาต

เนื่องจาก.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ

(.....)

นักวิทยาศาสตร์

(ผู้ควบคุมดูแลห้องปฏิบัติการ)

วันที่.....

ลงชื่อ

(ผศ.ดร.สพ.ญ. ศศิธร รุ่งอรุณเลิศ)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม

(หัวหน้าห้องปฏิบัติการศูนย์เครื่องมือวิจัยเพื่อ

ความเป็นเลิศทางสัตวแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล)

วันที่.....

ส่วนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึกบัญชี

ข้าพเจ้าได้ดำเนินการตามคำขอเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้บันทึกบัญชี

วันที่.....