



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

Form Number : F-MUVS-FRF-006

Effective Date : 01 Feb 2023

Page No : 1 of 3

เลขที่.....

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้รายงาน

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น :

.....

วันที่เกิดเหตุ : เวลา : สถานที่ :

ผู้ก่อให้เกิดความเสียหาย :

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

ภาควิชา/หน่วยงาน/คณะ

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน (มือถือ) : E-mail :

เครื่องมือ/วัสดุอุปกรณ์/ทรัพย์สินที่เสียหาย (ระบุ ชื่อ/ยี่ห้อ/รุ่น/หมายเลขครุภัณฑ์)

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

ลักษณะความเสียหายที่เกิดขึ้น พร้อมภาพประกอบ (ถ้ามี)

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

	แบบฟอร์มรายงานความเสียหาย ห้องปฏิบัติการศุนย์เครื่องมือวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางสัตวแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Mahidol University Veterinary Science-Frontier Research Facility: MUVS-FRF)		
	Form Number : F-MUVS-FRF-006	Effective Date : 01 Feb 2023	Page No : 2 of 3

สาเหตุของความเสียหายที่เกิดขึ้น

.....

.....

.....

แนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....
 (.....)

ผู้รายงาน

วันที่.....

แนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษา/หัวหน้าโครงการวิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้ารับทราบและจะร่วมรับผิดชอบต่อการใช้ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือของผู้ติดต่อขอใช้งานดังกล่าว ตามระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายต่อทรัพย์สินของห้องปฏิบัติการศุนย์เครื่องมือวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางสัตวแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกประการ

ลงชื่อ.....
 (.....)

อาจารย์ที่ปรึกษา/หัวหน้าโครงการวิจัย

วันที่.....

	แบบฟอร์มรายงานความเสียหาย ห้องปฏิบัติการศูนย์เครื่องมือวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางสัตวแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Mahidol University Veterinary Science-Frontier Research Facility: MUVS-FRF)		
	Form Number : F-MUVS-FRF-006	Effective Date : 01 Feb 2023	Page No : 3 of 3

ส่วนที่ 2 สำหรับผู้ควบคุมดูแลห้องปฏิบัติการ

วิเคราะห์สาเหตุและแนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

กำหนดเสร็จ :

แนวทางป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

.....

.....

.....

กำหนดเสร็จ :

ลงชื่อ.....

(.....)

นักวิทยาศาสตร์

(ผู้ควบคุมดูแลห้องปฏิบัติการ)

วันที่.....

ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของหัวหน้าห้องปฏิบัติการ

.....

.....

.....

ลงชื่อ

(ผศ.ดร.สพ.ญ. ศศิธร รุ่งอรุณเลิศ)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม

**(หัวหน้าห้องปฏิบัติการศูนย์เครื่องมือวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางสัตวแพทย์
มหาวิทยาลัยมหิดล)**

วันที่.....