



Audio Visual Services Request Form (for Use During Office Hours)

หน่วยโสตทัศนศึกษา
คณะอักษรศาสตร์

วันที่ (Date of Request)

ชื่อ (First Name)..... นามสกุล (Last Name)..... ผู้ขอใช้บริการ

ภาควิชา (Department)/สาขาวิชา(Section) /หน่วยงาน (Office)..... โทร. (Telephone).....

เพื่อใช้ประกอบการสอนรายวิชา (Reauests service for the course)

อื่น ๆ โปรดระบุ (or for other purposes (specity))

ลำดับที่	รายการ	ต้นฉบับ	จำนวน
1.	ตัดต่อเสียงจาก (Transfer from) <input type="checkbox"/> Cassette <input type="checkbox"/> Reel <input type="checkbox"/> VDO <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> VCD <input type="checkbox"/> DVD ลงเทป (to) Cassette		
2.	ตัดต่อเสียงจาก (Transfer from) <input type="checkbox"/> Cassette <input type="checkbox"/> Reel <input type="checkbox"/> VDO <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> VCD <input type="checkbox"/> DVD ลงแผ่น (to) CD		
3.	แปลงวีดิทัศน์ เป็น DVD (Convert from video tape to DVD)		
4.	แปลงสัญญาณเสียง เป็นมีเดียไฟล์ (Transfer from audio source to media file)		
5.	แปลงสัญญาณวีดิทัศน์ เป็นมีเดียไฟล์ (Transfer from VDO,VCD to media file)		
6.	ทำสำเนา (Duplicate) <input type="checkbox"/> CD..... แผ่น <input type="checkbox"/> VCD..... แผ่น <input type="checkbox"/> DVD.....แผ่น		
7.	สแกน (Scan) <input type="checkbox"/> ภาพ (Pictures).....ภาพ <input type="checkbox"/> สไลด์ (Slide).....เฟรม <input type="checkbox"/> फिल्म (Film)เฟรม		
*8.	ผลิตสื่อด้วยโปรแกรม รายวิชา		
*9.	ห้องบันทึกเสียง ชั้น 7 อาคารมหาจักรีสิรินธร รูปแบบของต้นฉบับ <input type="checkbox"/> CD.....แผ่น <input type="checkbox"/> File MP3 <input type="checkbox"/> File WMA *กรุณาโทรนัดล่วงหน้า ในวัน ที่ เดือน.....พ.ศ.เวลา.....น. ถึง.....น.		
*10.	ถ่ายทำวีดิทัศน์ *กรุณาโทรนัดล่วงหน้า รูปแบบของต้นฉบับ <input type="checkbox"/> DVD..... แผ่น ชื่องาน ในวัน ที่.....เดือน.....พ.ศ.เวลา.....น. ถึง.....น. ห้อง อาคาร		

หมายเหตุ แบบฟอร์มนี้ต้องส่งถึงหน่วยโสตทัศนศึกษา ก่อนวันที่ขอใช้บริการ **อย่างน้อย 2 วัน** เพื่อเสนอผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการพิจารณาอนุมัติดำเนินการ

* การขอใช้บริการ **รายการที่ 8, 9 และ 10** (กรุณาโทรสอบถาม การให้บริการกับทางหน่วยโสตฯ ที่ **84861** ก่อนส่งแบบฟอร์ม)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอใช้บริการ (Signature)

..... / /

ความเห็นของหัวหน้าภาควิชา/ หัวหน้าสาขาวิชา/ หัวหน้าหน่วยงาน (Head of Department/Office's comment)

.....

(ลงชื่อ)..... (Signature)

..... / /

อนุมัติ ดำเนินการ (Approved) ไม่อนุมัติ (Not Approved) เนื่องจาก (Reason)

(ลงชื่อ)..... (Signature)

(นางวิภา หอมศิริ)

Mrs. Vipa Homsiri

ผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ (Director of Academic Affairs Division)