**แบบฟอร์มขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบภาพกล้องวงจรปิด  
คณะเภสัชศาสตร์ ม.อ.**

เรียน คณบดี คณะเภสัชศาสตร์

วันที่...............เดือน..................................พ.ศ....................

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..................................................................ตำแหน่ง..............................................................

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก........................................................................................................................................

* อาจารย์/บุคลากร คณะเภสัชศาสตร์ สังกัด...................................................................................
* นักศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ รหัสนักศึกษา…………………………………………………………………………..
* บุคลากร ภายนอกคณะเภสัชศาสตร์ หน่วยงาน............................................................................
* อื่นๆ...............................................................................................................................................

มีความประสงค์จะขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลภาพจากกล้องวงจรปิด ของคณะเภสัชศาสตร์ ม.อ.

สถานที่เกิดเหตุบริเวณ……………………………………………………………………………………………………………………………………..  
ตั้งแต่วันที่...........................................เวลา.....................น. ถึงวันที่...............................................เวลา......................น.

เรื่อง/เหตุการณ์ รายละเอียดเหตุผลที่ขอตรวจสอบกล้องวงจรปิด................................................................................... ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

มีความประสงค์ที่จะขอตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังเพื่อ

* ขอดูภาพจากกล้องวงจรปิดอย่างเดียว
* ขอคัดสำเนาไฟล์ภาพ/วิดีโอ จำนวน.......................................แฟ้ม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ........................................................

ผู้ขอใช้บริการ

**เรียน คณบดี คณะเภสัชศาสตร์**

* อนุญาต 🞎 ไม่อนุญาต

ลงชื่อ....................................................

(รองศาสตราจารย์ ดร. ภก. นิมิต วรกุล)

คณบดี คณะเภสัชศาสตร์