



แบบฟอร์มการขอยืมที่จอดรถ
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาคารเรียนและปฏิบัติการรวม

ชื่อ-สกุล.....หน่วยงาน.....

โทร.....ขอยืมที่จอดรถให้.....

โทร.....มาประชุม/ติดต่อราชการเรื่อง.....

.....

ทะเบียนรถ 1..... 2.....

3..... 4.....

จำนวน.....คัน ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

สถานที่นำรถมาจอด.....

ลงชื่อ.....ผู้จอง
(.....)

ขั้นตอนการขอยืมที่จอดรถ

1. กรอกแบบฟอร์มด้านบน และโปรดส่งแบบฟอร์มการขอยืมที่จอดรถนี้มายังงานบริหารสำนักงาน ชั้น 6 คณะเภสัชศาสตร์
2. ส่งล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน เฉพาะวันทำการ
3. งานบริหารสำนักงาน โทรแจ้งผู้ขอใช้ ว่าได้ที่จอดรถบริเวณใด
4. ยกเลิกการจอง โปรดโทรแจ้งที่ **คุณกิริณา โทร. 4336** หรือ **คุณวรรษยา โทร.4345**
5. กรุณาแนบใบแสดงรายละเอียด เช่น ชื่อ วัน เวลา และเลขทะเบียนรถ ที่จะขอยืม

****ตัวอย่าง**** ใบแสดงรายละเอียด เช่น ชื่อ วัน เวลา และเลขทะเบียนรถ ที่จะขอจอดรถ

ชื่อ-นามสกุล

วันที่.....

เวลา.....

หมายเลขทะเบียนรถ

.....