****

**ใบสมัครห้องปฏิบัติการเข้าร่วม**

**โครงการยกระดับความปลอดภัยในการทำงานตามมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการ ประจำปี 2567**

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

1. ชื่อห้องปฏิบัติการ ..........................................................................................................................................................................
2. เลขทะเบียน (CU Lab ID) .............................................................................................................................................................
3. ภาควิชา/หลักสูตร/หน่วยงาน ........................................................................................................................................................
4. คณะ/วิทยาลัย/สถาบัน/ศูนย์..........................................................................................................................................................
5. สถานที่ตั้ง........................................................................................................................................................................................
6. ชื่อหัวหน้าห้องปฏิบัติการ ...............................................................................................................................................................

โทรศัพท์ ..................................................................................อีเมล...............................................................................................

1. ประเภทห้องปฏิบัติการ (เลือกได้มากกว่า 1 ประเภท)

🗆 เคมี 🗆 ชีวภาพ 🗆 รังสี 🗆 เชิงกลและกายภาพ

1. ลักษณะของห้องปฏิบัติการ (เลือกได้มากกว่า 1 ลักษณะ)

🗆งานวิจัย 🗆 การเรียนการสอน 🗆 บริการ 🗆 เครื่องมือ 🗆 อื่น ๆ โปรดระบุ ................

1. จำนวนผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการ (ในขณะที่มีผู้ใช้งานมากที่สุด) ................................................คน
2. การรับรองมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ

🗆 ไม่เคยได้รับการรับรองมาตรฐาน

🗆 ได้รับการรับรองมาตรฐาน (ระบุชื่อมาตรฐาน……………………………………………….…………………….. )

1. ผู้ประสานงานในการเข้าร่วมโครงการฯ

ชื่อ ...................................................................................................................................................................................

ตำแหน่ง .........................................................................................................................................................................

โทรศัพท์ ..................................................................................อีเมล...............................................................................................

1. ขอการรับรองมาตรฐาน

❒ ความปลอดภัยในการทำงานทั่วไปของห้องปฏิบัติการ

❒ ความปลอดภัยในการทำงานของห้องปฏิบัติการที่มีการใช้สารเคมี

❒ ความปลอดภัยในการทำงานของห้องปฏิบัติการทางชีวภาพ

❒ ความปลอดภัยในการทำงานของห้องปฏิบัติการทางรังสี

❒ ความปลอดภัยในการทำงานของห้องปฏิบัติการเชิงกลและกายภาพ

ลงชื่อ .........................................................หัวหน้าห้องปฏิบัติการ

(...................................................)

ส่งใบสมัครได้ที่: shecu@chula.ac.th

หากมีความประสงค์สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม โปรดติดต่อ นางสาวธมลวรรณ หิรัญสถิตย์พร

โทรศัพท์ 0-2218-6177 หรือ 09-2946-5992