

**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.....
7. ประเภทห้องปฏิบัติการ (เลือกได้มากกว่า 1 ประเภท)  
 เคมี       ชีวภาพ       รังสี       เชิงกลและกายภาพ
8. ลักษณะของห้องปฏิบัติการ (เลือกได้มากกว่า 1 ลักษณะ)  
 งานวิจัย       การเรียนการสอน       บริการ       เครื่องมือ       อื่น ๆ โปรดระบุ .....
9. จำนวนผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการ (ในขณะที่มีผู้ใช้งานมากที่สุด) .....คน
10. การรับรองมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ  
 ไม่เคยได้รับการรับรองมาตรฐาน  
 ได้รับการรับรองมาตรฐาน (ระบุชื่อมาตรฐาน..... )
11. ผู้ประสานงานในการเข้าร่วมโครงการฯ  
ชื่อ .....
- ตำแหน่ง .....
- โทรศัพท์ ..... อีเมล.....
12. ขอร้องการรับรองมาตรฐาน  
 ความปลอดภัยในการทำงานทั่วไปของห้องปฏิบัติการ  
 ความปลอดภัยในการทำงานของห้องปฏิบัติการที่มีการใช้สารเคมี  
 ความปลอดภัยในการทำงานของห้องปฏิบัติการทางชีวภาพ  
 ความปลอดภัยในการทำงานของห้องปฏิบัติการทางรังสี  
 ความปลอดภัยในการทำงานของห้องปฏิบัติการเชิงกลและกายภาพ

ลงชื่อ .....หัวหน้าห้องปฏิบัติการ  
(.....)

ส่งใบสมัครได้ที่: shecu@chula.ac.th

หากมีความประสงค์สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม โปรดติดต่อ นางสาวมลวรรณ หิรัญสถิตย์พร

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