

สมัครสมาชิกห้องสมุด
สำนักบรรณสารสนเทศ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รูปถ่าย
1 นิ้วสำหรับ
เจ้าหน้าที่
ตรวจสอบ

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว) นามสกุล.....

ประเภท ข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย ลูกจ้างประจำเงินงบประมาณแผ่นดิน ลูกจ้างประจำเงินรายได้

ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน อาจารย์เกษียณที่ได้รับการต่ออายุราชการ.....ปี บุคลากรประจำของ มสธ. ที่เกษียณอายุ

บุคคลภายนอก สมาชิกสมทบ อื่น ๆ

ตำแหน่ง..... สังกัด หน่วยงาน/สำนัก/สาขาวิชา.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) E-mail

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ (บ้าน) โทรศัพท์ (มือถือ)

หลักฐานที่นำมาสมัคร

- รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
- บัตรประจำตัวนักศึกษา เลขที่ □□-□□-□□□□□-□ วันหมดอายุ
- บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ □-□□□□-□□□□□-□□-□ วันหมดอายุ
- บัตรที่ออกโดยหน่วยงาน/นายจ้าง เลขที่ □□□□□□□□□□□□□□ วันหมดอายุ

- ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจในเรื่องสิทธิและระเบียบการเป็นสมาชิกห้องสมุดของ สำนักบรรณสารสนเทศ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชดีแล้ว และยินดีปฏิบัติตามทุกประการ
- ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ใช้ข้อมูลส่วนตัวจากการสมัครสมาชิกห้องสมุดนี้ เพื่อรับข้อมูล ข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ และกิจกรรมส่งเสริมการใช้ห้องสมุด สำนักบรรณสารสนเทศ มสธ. ตลอดช่วงระยะเวลาที่เป็นสมาชิก/มีภาระผูกพันในส่วนที่เกี่ยวข้องกับห้องสมุด

(ลงชื่อ)..... ผู้สมัคร
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ - กรณีผู้ใช้บริการสื่อการศึกษาของห้องสมุดทำสื่อการศึกษาให้เกิดความชำรุด/เสียหาย/สูญหาย ผู้ใช้นั้นจะต้องรับผิดชอบตามประกาศค่าธรรมเนียมและค่าบริการการใช้ห้องสมุดตามที่กำหนดไว้

- กรณีผู้สมัครสมาชิกห้องสมุดเป็นบุคลากรประเภท อาจารย์พิเศษ/ ลูกจ้างประจำลักษณะพิเศษ หรือลูกจ้างตามโครงการที่หน่วยงานของ มสธ. จัดตั้งขึ้นเฉพาะกิจ/ ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน/ ลูกจ้างประจำของหน่วยงานบริการทั่วไปใน มสธ. (สหกรณ์ออมทรัพย์ สหกรณ์ร้านค้า สโมสร สมาคม) ให้ผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานระดับประธานกรรมการประจำสาขาวิชา/ ผู้อำนวยการ/ นายกสโมสร-สมาคม หรือเทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ **เขียนคำรับรองด้านหลัง**

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขสมาชิก..... ประเภทสมาชิก สามัญ สมทบ รหัสกำกับสมาชิก.....

ผู้รับเรื่อง..... วัน/เดือน/ปี

ใบเสร็จรับเงินเล่มที่..... เลขที่..... (กรณีสมัครเป็นสมาชิกสมทบ)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชาผู้สมัครเป็นสมาชิกห้องสมุด
สำนักบรรณสารสนเทศ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เรียน ผู้อำนวยการสำนักบรรณสารสนเทศ

ด้วย (ชื่อ-นามสกุล ผู้สมัคร).....

สังกัดตามแจ้งในใบสมัคร ได้รับการแต่งตั้ง/บรรจุ จาก (ชื่อหน่วยงานที่ออกคำรับรองนี้).....

ให้ดำรงตำแหน่ง/ช่วยราชการ เป็น.....

ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ประสงค์จะใช้บริการห้องสมุดของสำนักบรรณสารสนเทศ เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
หากกรณี (ชื่อ-นามสกุล ผู้สมัคร)..... ประสงค์จะลาออกหรือหมดสัญญาการปฏิบัติ
หน้าที่ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้สำนักบรรณสารสนเทศทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ เพื่อตรวจสอบภาระหนี้สินและ
ข้อผูกพันในส่วนการใช้บริการห้องสมุด และเพื่อมิให้เกิดความเสียหายกับส่วนราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณารับผู้สมัครเป็นสมาชิกของห้องสมุด

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

คำชี้แจง

สำนักบรรณสารสนเทศ ขอความร่วมมือผู้บังคับบัญชาผู้สมัครได้โปรดกรอกข้อความนี้ เพื่อเป็นส่วน
หนึ่งในการสมัครเป็นสมาชิกห้องสมุดของบุคลากรในสังกัด/หน่วยงานของท่าน ทั้งนี้ เพื่อให้สำนัก
บรรณสารสนเทศมีเวลาเพียงพอในการตรวจสอบรายการยื่นสื่อการศึกษาต่าง ๆ ที่สมาชิกยื่นไป
จากห้องสมุดให้ส่งคืนก่อนลาออก หรือ หมดสัญญาการปฏิบัติหน้าที่ ณ หน่วยงานของท่าน