**แบบฟอร์มขออนุญาตจอดรถยนต์ ข้ามคืน ภายในบริเวณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**

เรียน หัวหน้าหน่วยอาคารสถานที่และยานพาหนะ

 ข้าพเจ้า.........................................................ตำแหน่ง............................................สังกัดหน่วยงาน/ภาควิชา............................

มีความจำเป็นต้องจอดรถข้ามคืนไว้ในบริเวณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เนื่องจาก...........................................................

..............................................................................................................................................................................................................จึงขออนุญาตจอดรถยนต์ หมายเลขทะเบียนรถยนต์................................จังหวัด.........................ยี่ห้อ...........................สี...................ตั้งแต่วันที่................................ถึงวันที่................................รวมระยะเวลา....................วัน โดยจอดรถไว้บริเวณ.................................

กรณีมีเหตุเร่งด่วนติดต่อเบอร์โทรมือถือ................................................................................................................................................

ลงชื่อ.....................................................ผู้ขอ ( นางนฤมล มะลิซ้อน )

 (....................................................) หัวหน้าหน่วยอาคารสถานที่และยานพาหนะ

 วันที่................................................ วันที่..................................................

หมายเหตุ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น อันอาจเกิดขึ้นกับยานพาหนะที่นำเข้ามาจอดข้ามคืนไว้ในบริเวณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**แบบฟอร์มขออนุญาตจอดรถยนต์ ข้ามคืน ภายในบริเวณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**

เรียน หัวหน้าหน่วยอาคารสถานที่และยานพาหนะ

 ข้าพเจ้า.........................................................ตำแหน่ง............................................สังกัดหน่วยงาน/ภาควิชา............................

มีความจำเป็นต้องจอดรถข้ามคืนไว้ในบริเวณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เนื่องจาก...........................................................

..............................................................................................................................................................................................................

จึงขออนุญาตจอดรถยนต์ หมายเลขทะเบียนรถยนต์................................จังหวัด.........................ยี่ห้อ...........................สี...................ตั้งแต่วันที่................................ถึงวันที่................................รวมระยะเวลา....................วัน โดยจอดรถไว้บริเวณ.................................

กรณีมีเหตุเร่งด่วนติดต่อเบอร์โทรมือถือ................................................................................................................................................

ลงชื่อ.....................................................ผู้ขอ ( นางนฤมล มะลิซ้อน )

 (....................................................) หัวหน้าหน่วยอาคารสถานที่และยานพาหนะ

 วันที่................................................ วันที่..................................................

หมายเหตุ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น อันอาจเกิดขึ้นกับยานพาหนะที่นำเข้ามาจอดข้ามคืนไว้ในบริเวณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล