**แบบฟอร์มขอรับบริการแปลภาษาสำหรับงานเอกสารของศูนย์การแพทย์ฯ ถึงหน่วยงานภายนอก**

วันที่

เรียน หัวหน้างานวิเทศสัมพันธ์

ผู้ขอรับบริการ.................................................................................................................โทร................................

หน่วยงาน...........................................................Email………………………………………………………………………………

วันที่ต้องการใช้เอกสาร............................................*(กรุณายื่นแบบขอใช้บริการ 2 อาทิตย์ล่วงหน้า ก่อนวันที่ต้องการใช้)*

มีความประสงค์ขอใช้บริการเพื่อใช้ในงาน/โครงการ.............................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**กรุณาระบุรายละเอียดเพิ่มเติมดังต่อไปนี้:**

🡺 ขอใช้บริการ [ ] บริการแปล

[ ] ตรวจสอบเอกสารแปลแล้ว

จำนวน \_\_\_\_\_หน้า

ชื่อเอกสาร:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

โดยได้ส่งเอกสารมายัง researchpcmc@gmail.com

🡺 ประเภทของเอกสาร (Document Type) :

□ หนังสือเชิญ/หนังสือตอบรับ (Letter) □ ใบปลิว (handbill) □ แผ่นพับ (Brochure)

□ ประกาศ (Announcement) □ แบบฟอร์ม (Form) □ กำหนดการ (Agenda)

□ ใบรับรอง/เกียรติบัตร (Certificate) □ ข่าว (News) □ อื่นๆ (Other)…………………

|  |  |
| --- | --- |
| ผู้ขอรับบริการ  ( ) |  หัวหน้างาน/หัวหน้าหน่วย  ( ) |

**ข้อตกลงและสัญญาการแปล**

1. เอกสารทุกชนิดใช้เวลาแปลอย่างน้อย 5 วันทำการ หรือนานกว่า ขึ้นอยู่กับเนื้อหา

2. ผู้ขอรับบริการส่งต้นฉบับ ข้อความขนาด 1 หน้ากระดาษขนาด A4 พิมพ์โดยตัวอักษร Times New Roman 12 หรือ TH Sarabun PSK 16 ระยะบรรทัด 1.5 ถ้าต้นฉบับเป็นแบบอื่น เช่น pdf หรือ jpg ฯลฯ ขึ้นอยู่กับข้อตกลงระหว่างผู้แปลและผู้ขอรับบริการเป็นกรณีไป

3. เมื่อได้รับเอกสารฉบับที่แปลแล้วเสร็จ **ขอให้ผู้ขอรับบริการโปรดตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาภาษาอังกฤษ** หากมีข้อผิดพลาด งานวิเทศสัมพันธ์จะดำเนินการแก้ไขให้โดยด่วน แต่หากผู้ขอรับบริการไม่มีการทักท้วงภายใน 24 ชั่วโมงนับตั้งแต่ได้รับเอกสารต้นฉบับ งานวิเทศสัมพันธ์ขอไม่รับผิดชอบต่อความผิดพลาดใดๆ อันเกิดจากผลงานแปลฉบับดังกล่าว