



ใบผ่านการทดสอบความรู้เรื่องความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการวิจัย

สำนักงานการวิจัย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อนามสกุล

- อาจารย์ จากภาควิชา.....
- นักศึกษา ชั้นปี.....อาจารย์ที่ปรึกษา.....
- บุคลากรภายในคณะฯ หน่วยงาน.....
- อื่นๆ สังกัด (ภาควิชา/หน่วยงาน/อื่นๆ).....

ข้าพเจ้าได้รับทราบและทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีแล้ว ข้าพเจ้าตระหนักดีว่าสิ่งที่ข้าพเจ้ากระทำจะส่งผลต่อความปลอดภัยของข้าพเจ้านักศึกษา อาจารย์ และนักวิจัย รวมถึงต่อสังคมโดยรวม ข้าพเจ้ายินดีที่จะให้ความร่วมมือ และจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ควบคุมดูแลการทำปฏิบัติการของข้าพเจ้าเป็นอย่างดี

.....(ลายมือชื่อ)

นาย/นางสาว.....(บรรจง)

..... (ลงชื่อรับทราบ)

(.....)

ตำแหน่ง.....