



แบบฟอร์มสำรวจความต้องการ

“ขยายจุดพื้นที่ให้บริการเครือข่ายไร้สาย”

วิทยาเขต

ลำดับ	สถานที่ / อาคาร	เชื่อมต่อ Switch(ยี่ห้อ,รุ่น)	ชั้น	จำนวน	หมายเหตุ

หมายเหตุ อุปกรณ์ AP ที่จะติดตั้งใหม่นั้นจะต้องเชื่อมต่อกับอุปกรณ์ Switch L2 ขึ้นไปเท่านั้น (ถ้าไม่ใช่ให้ระบุช่องหมายเหตุ)

ลงชื่อ
(.....)

ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ
(.....)

คณบดี / หัวหน้าหน่วยงาน

ลงชื่อ
(.....)

ผู้อำนวยการสำนักงานวิทยาเขต