



ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทรศัพท์ (044) 223313-4 โทรสาร (044) 223260

เลขที่รับ...../.....
วันที่.....
เวลา.....น.
ผู้รับตัวอย่าง.....

ใบคำขอรับบริการ

ส่วนที่ 1 (สำหรับผู้ขอรับบริการกรอก)

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สถานที่ติดต่อ.....
เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....
2. มีความประสงค์ ☐ ขอรับบริการทดสอบ ☐ ขอใช้เครื่องมือ(ระบุ)..... ☐ ขอรับบริการอื่นๆ (ระบุ).....
3. ประเภทผู้ขอรับบริการ ☐ หน่วยงานภายใน ☐ หน่วยงานภายนอก
☐ การเรียน-การสอน/โครงการงาน วิชา.....รหัสวิชา..... ☐ ราชการ (มีหนังสือรับรองลงนาม โดยหัวหน้าหน่วยงาน)
☐ งานวิทยานิพนธ์ รหัสวิชา..... ชื่อเรื่อง..... ☐ มหาวิทยาลัยภาคี (มีหนังสือรับรองลงนามโดยหัวหน้าหน่วยงาน)
☐ งานวิจัย ชื่อเรื่อง..... ☐ บริษัทเอกชน ☐ บุคคลทั่วไป
☐ อื่นๆ..... ☐ อื่นๆ.....
4. ชื่อและที่อยู่ที่ต้องการให้ระบุในใบเสร็จรับเงิน ☐ ตามชื่อ-ที่อยู่ ที่ระบุ ข้อ 1. ☐ ตามชื่อ-ที่อยู่ ดังนี้.....
5. ชื่อและที่อยู่ที่ต้องการให้ระบุในใบรายงานผลการทดสอบ (กรณีขอรายงานผลเป็นภาษาอังกฤษกรุณากรอกที่อยู่เป็นภาษาอังกฤษ) ☐ ตามชื่อ-ที่อยู่ ที่ระบุ ข้อ 1
☐ ตามชื่อ-ที่อยู่ ดังนี้.....
6. รายละเอียดตัวอย่างและรายการทดสอบ/เครื่องมือที่ใช้ (ให้กรอกรายละเอียดในข้อ 6 หน้า 2/2)
- 6.1 จำนวนตัวอย่าง..... ตัวอย่าง และความต้องการภาชนะบรรจุตัวอย่างคืน ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ (รับคืนภายใน 30 วันนับจากวันที่ส่งตัวอย่าง)
- 6.2 การเก็บรักษาตัวอย่าง : ☐ อุณหภูมิห้อง ☐ แช่เย็น ☐ แช่แข็ง 6.6 การรับรายงานผลการทดสอบ : ☐ มารับเอง ☐ ส่งทางไปรษณีย์
- 6.3 ความต้องการตัวอย่างคืน : ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ (ภายใน 10 วัน หลังออกรายงานผล) 6.7 การชำระเงิน ☐ เงินสด ☐ เงินโอน (แนบหลักฐาน) ☐ เช็ค (แนบหลักฐาน)
- 6.4 ความต้องการมาเฝ้าระวังการทดสอบ ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ 6.8 ความต้องการอื่นๆ (ระบุ).....
- 6.5 เกณฑ์การตัดสินใจ ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ โปรดระบุเกณฑ์ ☐ เกณฑ์ห้องปฏิบัติการ ☐ เกณฑ์มาตรฐาน..... ☐ เกณฑ์ของผู้ขอรับบริการ.....
- 6.9 รายงานค่า Uncertainty ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ
- 6.10 เฉพาะกรณีผู้ขอรับบริการจากหน่วยงานภายใน : ข้าพเจ้ายินดีที่จะชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการของศูนย์เครื่องมือฯ ภายในวันที่.....
โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายคือ.....หากพ้นกำหนดระยะเวลาที่กำหนดไว้ข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ มทส.
หักเงินเดือนหรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีอยู่กับ มทส. เพื่อนำมาชำระหนี้ดังกล่าว
- 6.11 ข้าพเจ้าได้ทราบระเบียบการขอรับบริการ แล้วยินดียินยอมปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ
(.....)
...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา (เฉพาะผู้ขอรับบริการภายใน)
(.....)
...../...../.....

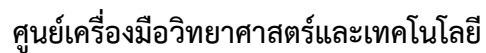
ส่วนที่ 2 (สำหรับพนักงานกรอก) รายละเอียดของการทบทวนคำขอรับบริการ

1. รายการทดสอบ/วิธีทดสอบ/เครื่องมือที่ใช้.....
2. การคิดค่าใช้จ่าย
- 2.1 คิดค่าใช้จ่ายในอัตรา : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 2.2 ค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น(อัตราเต็ม)บาท
- 2.3 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ถ้ามี (ระบุ) :
- 2.4 ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริง.....บาท.(.....)
3. รายละเอียดของการปรึกษาหารือ/อภิปรายกับผู้ขอรับบริการ.....
4. การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของการทบทวน (ถ้ามี).....
5. สรุปผลการทบทวนของห้องปฏิบัติการ ☐ ไม่พร้อมและปฏิเสธ ☐ มีความพร้อมรับงาน และนัดรับรายงานผลวันที่.....
6. ☐ กรณีมีการเบี่ยงเบนไปจากคำขอรับบริการ : ได้แจ้งผู้ขอรับบริการเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อ วันที่.....
☐ กรณีมีการแก้ไขเพิ่มเติมหลังจากงาน ได้เริ่มแล้ว ระบุ.....
☐ ได้ทบทวนคำขอรับบริการใหม่ตั้งแต่ต้นแล้ว สามารถให้บริการได้ และได้แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

ทบทวนโดย.....ผู้ทบทวน
(.....)
...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้เบิกตัวอย่าง เวลา น.
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ : กรณีออกรายงานผลเป็นภาษาอังกฤษหรือรายงานค่า Uncertainty คิดค่าใช้จ่ายเพิ่ม



111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทรศัพท์ (044) 223313-4 โทรสาร (044) 223260

เลขที่รับ...../..... วันที่.....

6. รายละเอียดตัวอย่างและรายการทดสอบ/เครื่องมือที่ใช้

หมายเหตุ : * ผู้ทบทวน เป็นผู้บันทึก

ส่วนที่ 3 (สำหรับผู้บังคับบัญชา)

1. ความเห็นของหัวหน้าฝ่าย

- ☐ สมควรอนุมัติ
- ☐ อื่นๆ

.....
(.....)
หัวหน้าฝ่าย

2. การพิจารณาอนุมัติ

- ☐ อนุมัติ
- ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

.....
(.....)
หัวหน้ากลุ่มงาน/ผ.ช.ศควท.....
...../...../.....