



## ใบคำขอรับบริการทดสอบ/ Analysis Request Form

หน่วยวิจัยและวิเคราะห์คุณภาพอาหารและยา สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ / Food and Drug Quality Unit, Chulabhorn Research Institute

54 ถนนกำแพงเพชร 6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210 / 54 Kamphangpet 6 Road, Laksi, Bangkok 10210 Thailand

โทรศัพท์ : 02-553-8620 / Telephone :02-553-8620

อีเมลล์ : fdq.ana@cri.or.th / E-mail: fdq.ana@cri.or.th

## สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่คำขอรับบริการ : .....

วันที่รับตัวอย่าง : .....เวลา .....

กำหนดวันที่รายงานผลการทดสอบ : .....

เอกสารใบคำขอรับบริการ :  ต้นฉบับ  สำเนา.....

ผู้ส่งตัวอย่าง ชื่อ-สกุล (Name): .....

ผู้ติดต่อ ชื่อ-สกุล (Contact Name): .....

ตำแหน่ง (Position): .....

โทรศัพท์ (Telephone) : .....อีเมลล์ (E-mail) : .....

ข้อมูลสำหรับระบุในใบรายงานผลการทดสอบ (Test Report Information) :

หน่วยงาน (Department/Company) : .....

ที่อยู่ (Address) : .....

ชื่อ-ที่อยู่สำหรับระบุในใบเสร็จรับเงิน :  ข้อมูลเดียวกับใบรายงานผลการทดสอบ  อื่นๆ โปรดระบุ

.....

.....

.....

วัตถุประสงค์ในการทดสอบ : .....

การเก็บรักษาตัวอย่าง:  อุณหภูมิทั่วไป  ตูเย็น  ตู้แช่  อื่นๆ ระบุ.....ตัวอย่างหลังการทดสอบ:  ไม่รับคืน  รับคืน:  ด้วยตนเอง วันที่..... ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่.....ใบรายงานผลการทดสอบ:  ภาษาไทย จำนวน 1 ฉบับ  ภาษาอังกฤษ จำนวน 1 ฉบับ

ต้องการใบรายงานผลเป็นภาษาอังกฤษกรณารอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษ/ Please fill this form in English if you require test report in English

สำเนาใบรายงานผลการทดสอบ: จำนวน.....ฉบับ (ฉบับละ 200 บาท)

วันที่รับใบรายงานผลการทดสอบ:  ปกติ  ค่วน (วันที่).....การรับใบรายงานผลการทดสอบ:  ด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์ :  ที่อยู่ตามใบรายงานผลการทดสอบ:  ที่อยู่อื่นๆ โปรดระบุ.....

## ข้อมูลตัวอย่าง (Sample Information)

## สำหรับเจ้าหน้าที่ (For staff only)

ลำดับ (No.)	ชื่อตัวอย่างในใบรายงานผลการทดสอบ (Sample name)	จำนวนหน่วยบรรจุทั้งหมด X ปริมาณต่อหน่วยบรรจุ (Total container X Quantity per container)	รายการทดสอบ (Analytical testing)	หน่วยวัด (Unit)	ความไม่แน่นอนของการวัด (U)/ การระบุความสอดคล้องกับข้อกำหนด (SOC) (หากต้องการโปรดระบุรายการทดสอบ)	Sample ID	ลักษณะตัวอย่าง	ราคา	หมายเหตุ
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... SOC: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... SOC: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... SOC: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... SOC: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				

 ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูลที่ให้เรียบร้อยแล้ว

ผู้ส่งตัวอย่าง.....วันที่.....

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น

(Grand Total)

สำหรับเจ้าหน้าที่  
สภาพตัวอย่าง  ปกติ  ไม่ปกติ.....(กรอกรายละเอียดเพิ่มเติมใน FM-SUP-007)

คำนวณราคาโดย

ผู้รับตัวอย่าง.....วันที่.....

Test method:  TM-01  TM-03  TM-04  อื่นๆ.....

- หมายเหตุ
1. หากต้องการให้ระบุความสอดคล้องกับข้อกำหนด กรุณากรอกรายละเอียดใน FM-SUP-011
  2. ห้องปฏิบัติการฯ มีนโยบายไม่รายงานข้อคิดเห็น และแปลผลการทดสอบไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น
  3. กรณีตัวอย่างดำเนินการทดสอบแล้ว หน่วยงานขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าทดสอบ



## ใบคำขอรับบริการทดสอบ/ Analysis Request Form

หน่วยวิจัยและวิเคราะห์คุณภาพอาหารและยา สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ / Food and Drug Quality Unit, Chulabhorn Research Institute

54 ถนนกำแพงเพชร 6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210 / 54 Kamphangpet 6 Road, Laksi, Bangkok 10210 Thailand

โทรศัพท์ : 02-553-8620 / Telephone :02-553-8620

อีเมล : fdq.ana@cri.or.th / E-mail: fdq.ana@cri.or.th

## สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่คำขอรับบริการ: .....

วันที่รับตัวอย่าง : .....เวลา .....

กำหนดวันที่รายงานผลการทดสอบ : .....

เอกสารใบคำขอรับบริการ :  ต้นฉบับ  สำเนา.....

## ข้อมูลตัวอย่าง (Sample Information)

## สำหรับเจ้าหน้าที่ (For staff only)

ลำดับ (No.)	ชื่อตัวอย่างในรายงานผลการทดสอบ (Sample name)	จำนวนหน่วยบรรจุทั้งหมด x ปริมาณต่อหน่วยบรรจุ (Total container x Quantity per container)	รายการทดสอบ (Analytical testing)	หน่วยวัด (Unit)	ความไม่แน่นอนของการวัด (U)/ การระบุความสอดคล้องกับข้อกำหนด (SOC) (หากต้องการโปรดระบุรายการทดสอบ)	Sample ID	ลักษณะตัวอย่าง	ราคา	หมายเหตุ
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... SOC: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... SOC: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... SOC: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... SOC: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... SOC: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... SOC: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... SOC: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... SOC: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... SOC: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... SOC: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... SOC: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... SOC: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... SOC: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				

 ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูลที่ให้เรียบร้อยแล้ว

ผู้ส่งตัวอย่าง.....วันที่.....

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น  
(Grand Total)

สำหรับเจ้าหน้าที่	สภาพตัวอย่าง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ.....(กรอกรายละเอียดเพิ่มเติมใน FM-SUP-007)	จำนวนราคาโดย
	ผู้รับตัวอย่าง	วันที่

Test method:  TM-01  TM-03  TM-04  อื่นๆ.....

- หมายเหตุ
1. หากต้องการให้ระบุความสอดคล้องกับข้อกำหนด กรุณากรอกรายละเอียดใน FM-SUP-011
  2. ห้องปฏิบัติการฯ มีนโยบายไม่รายงานข้อคิดเห็น และแปลผลการทดสอบไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น
  3. กรณีตัวอย่างดำเนินการทดสอบแล้ว หน่วยงานขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าทดสอบ