



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.....รูปแบบใบรายงานผลการทดสอบ: ภาษาไทย จำนวน.....ฉบับ ภาษาอังกฤษ จำนวน.....ฉบับ

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

วันที่รับใบรายงานผลการทดสอบ: ปกติ..... ด่วน (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 (DR) (หากต้องการโปรดระบุรายการทดสอบ)	Sample ID	ลักษณะตัวอย่าง	ราคา	หมายเหตุ
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... DR: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... DR: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... DR: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... DR: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				

 ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูลที่ให้เรียบร้อยแล้ว

ผู้ส่งตัวอย่าง.....วันที่.....

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น

(Grand Total)

สำหรับเจ้าหน้าที่

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

ผู้รับตัวอย่าง.....วันที่.....

คำนวณราคาโดย

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

อนุมัติโดย.....วันที่.....มอบหมายให้.....



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 (DR) (หากต้องการโปรดระบุรายการทดสอบ)	Sample ID	ลักษณะตัวอย่าง	ราคา	หมายเหตุ
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... DR: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... DR: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... DR: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... DR: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... DR: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... DR: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... DR: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... DR: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... DR: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ.....				
					U: <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ..... DR: <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.....

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

อนุมัติโดย.....วันที่.....มอบหมายให้.....