

คำขอส่งตัวอย่าง

วันที่ _____

หมายเลขคำขอส่งตัวอย่าง (สำหรับเจ้าหน้าที่) _____

รายละเอียดผู้ใช้บริการ

ชื่อผู้ติดต่อ _____

ชื่อบริษัท _____

ที่อยู่ _____

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____ Email _____

- รายงานการทดสอบ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ
- การรับรายงานผลการทดสอบ มารับด้วยตัวเอง ส่งทางอื่น ๆ (ระบุ) _____

รายละเอียดตัวอย่าง

สำหรับผู้ใช้บริการ						สำหรับเจ้าหน้าที่			
ลำดับ	ชื่อตัวอย่าง	รหัส/ชื่อการค้า	วันที่เก็บตัวอย่าง*	ปริมาณ/ปริมาตรต่อหน่วยบรรจุ	จำนวนหน่วยบรรจุ	รายการทดสอบ		สภาพตัวอย่าง	รหัสตัวอย่าง
						Endotoxin	TPC		
						<input type="checkbox"/> Endotoxin	<input type="checkbox"/> Spread plate <input type="checkbox"/> MF/TSA <input type="checkbox"/> MF/R2A		
						<input type="checkbox"/> Endotoxin	<input type="checkbox"/> Spread plate <input type="checkbox"/> MF/TSA <input type="checkbox"/> MF/R2A		
						<input type="checkbox"/> Endotoxin	<input type="checkbox"/> Spread plate <input type="checkbox"/> MF/TSA <input type="checkbox"/> MF/R2A		
						<input type="checkbox"/> Endotoxin	<input type="checkbox"/> Spread plate <input type="checkbox"/> MF/TSA <input type="checkbox"/> MF/R2A		
						<input type="checkbox"/> Endotoxin	<input type="checkbox"/> Spread plate <input type="checkbox"/> MF/TSA <input type="checkbox"/> MF/R2A		

หมายเหตุ : MF ย่อมาจาก Membrane filtration

รายละเอียด (เพิ่มเติม) _____

- ตัวอย่างนำส่งห้องปฏิบัติการโดย ผู้ใช้บริการมาส่งเอง ทางพัสดุไปรษณีย์ รับโดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ _____
- วิธีทำการทดสอบ วิธีปกติของห้องปฏิบัติการที่ระบุในบันทึกวิธีทดสอบที่ได้ตกลงไว้ วิธีเฉพาะตามเอกสารของผู้ใช้บริการที่แนบมาด้วย [วิธีเทคนิค/เครื่องมือ/สารเคมี/Detection Limit]
- ตัวอย่างที่นำมาขอรับบริการ ไม่ขอรับคืน ขอรับคืนโดย _____
- หากตัวอย่างที่นำมาเสียหาย ข้าพเจ้ายินดีรับคืนโดยไม่คิดค่าเสียหายจากห้องปฏิบัติการ
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าห้องปฏิบัติการไม่มีการบริการด้านการแปลผลหรือการให้ความเห็นรายงานผลการทดสอบ
- *หากลูกค้าระบุวันที่เก็บตัวอย่างจะถูกนำไปต่อท้ายชื่อตัวอย่างในรายงานผลการทดสอบ

ผู้ส่งตัวอย่าง _____

ผู้รับตัวอย่าง _____ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

ผู้ตรวจสอบ _____ (สำหรับเจ้าหน้าที่)