**แบบบันทึกการขอใช้บริการทางสัตวแพทย์**

1. เลขที่โครงการวิจัย MUSC \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_

2. ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย …………………………….………………………………………………………………………………………………..

3. ชื่อผู้เขียนแบบบันทึกการขอใช้บริการ ........................................................................................................................

เบอร์มือถือ(สำหรับติดต่อ) ………………………………………………………………………………………………………………………….

4. รายการขอใช้บริการทางสัตวแพทย์

ผ่าตัด............................วางยาสลบโดยใช้แก๊ส ชนิดสัตว์/สายพันธ์ .......................จำนวน ....................... ตัว

ผ่าตัด............................วางยาสลบโดยใช้ยาฉีด ชนิดสัตว์/สายพันธ์ .......................จำนวน ....................... ตัว

การุณยฆาตร (ดมก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์) ชนิดสัตว์/สายพันธ์ .......................จำนวน ....................... ตัว

การุณยฆาตร (การฉีดยา Thiopental) ชนิดสัตว์/สายพันธ์ .......................จำนวน ....................... ตัว

เก็บตัวอย่างเลือดสัตว์ แบบวางยาสลบ ชนิดสัตว์/สายพันธ์ .......................จำนวน ....................... ตัว

เก็บตัวอย่างเลือดสัตว์ แบบไม่วางยาสลบ ชนิดสัตว์/สายพันธ์ .......................จำนวน ....................... ตัว

อื่น ๆ ............................................................................................................................................................

5. รายละเอียดการขอใช้บริการ

วันที่ ....................... เดือน .............................................. ปี ................... เวลา .........................................................

รายละเอียดอื่น ๆ ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

6. คำรับรองกรณีชำระค่าบริการ

ข้าพเจ้า .................................................................................................................................... ผู้รับผิดชอบโครงการ

ยินยอมจ่ายค่าบริการทางสัตวแพทย์

ลงนาม ................................................... ผู้ขอใช้บริการ

ลงนาม ................................................... สัตวแพทย์ประจำหน่วยสัตว์ทดลอง