หน่วยเครื่องมือกลาง คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Central Instrument Facility, Faculty of Science, Mahidol University
Tel 0-2201-5970, 0-2201-5973 Fax 0-2201-5972 E-mail: sccif@mahidol.ac.th

แบบฟอร์มการรับตัวอย่างทดสอบ

เลขที่ : CIF.SA.....
วันที่รับตัวอย่าง : .....

ชื่อผู้ขอรับบริการ : .....หน่วยงาน.....
โทรศัพท์ : ..... โทรสาร : .....E-mail: .....
ใบรายงานผลทดสอบ/ใบเสร็จออกในนาม :.....
ที่อยู่ : .....
ใบรายงานผลทดสอบ (1 ฉบับ) ☐ ภาษาไทย หรือ ☐ ภาษาอังกฤษ (กรุณากรอกข้อมูลภาษาอังกฤษ)
การรับผลทดสอบ ☐ รับด้วยตนเอง ☐ รับทางไปรษณีย์ (ลงทะเบียน) ☐ รับทาง E-mail
ชื่อ-ที่อยู่ส่งไปรษณีย์ : .....
.....

จำนวนตัวอย่าง : ..... ตัวอย่าง ( ) ไม่รับตัวอย่างคืน ( ) รับคืนในวันรับผลทดสอบ (ไม่ส่งตัวอย่างคืนทางไปรษณีย์)

ชื่อตัวอย่าง	ลักษณะตัวอย่าง	ปริมาณตัวอย่าง	ภาชนะบรรจุ	ชนิดการทดสอบ	การเก็บรักษา*	รหัสตัวอย่าง

* การเก็บรักษา : A = เดซิเคเตอร์, B = ตู้แช่แข็ง -20°C, C = ตู้เย็น 4°C, D = อุณหภูมิห้อง, E = อื่นๆ (ระบุ).....
รายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) .....
.....

<u>หมายเหตุ</u> หากมีข้อโต้แย้ง ผู้ใช้บริการต้องยื่นคำร้องเพื่อขอแก้ไขภายใน 30 วัน หลังจากรับผลการทดสอบ

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบรายละเอียดแบบฟอร์มการรับตัวอย่างทดสอบเรียบร้อยแล้ว และยอมรับให้เป็นข้อตกลงระหว่างข้าพเจ้าและหน่วยเครื่องมือกลาง

ลงชื่อ .....ผู้ส่งตัวอย่าง ลงชื่อ.....ผู้รับผลทดสอบ/รับตัวอย่างคืน
...../...../..... ...../...../.....

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับตัวอย่าง

สำหรับเจ้าหน้าที่ทดสอบ

รายการทดสอบ.....
เครื่องมือที่ใช้ .....
จำนวน.....ตัวอย่าง ราคาต่อหน่วย.....บาท รวมเป็นเงิน..... บาท

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ทดสอบ

อนุมัติราคา

(นายสิรภพ วงษ์เนียม)
หัวหน้าหน่วยเครื่องมือกลาง

ลำดับที่	ชื่อตัวอย่าง	ลักษณะตัวอย่าง	ปริมาณตัวอย่าง	ภาชนะบรรจุ	ชนิดการทดสอบ	การเก็บรักษา	รหัสตัวอย่าง