



วันที่รับตัวอย่าง :

ชื่อผู้ขอรับบริการ :หน่วยงาน :

โทรศัพท์ : โทรสาร : E-mail :

ใบรายงานผลวิเคราะห์/ใบเสร็จ ออกในนาม :

ที่อยู่ออกไปเสร็จ :

รายงานผลวิเคราะห์ (1 ฉบับ) ☐ ภาษาไทย หรือ ☐ ภาษาอังกฤษ (กรณากรอกข้อมูลภาษาอังกฤษ)

การรับผลวิเคราะห์ ☐ รับด้วยตนเอง ☐ รับทางไปรษณีย์ (ลงทะเบียน) ☐ รับทาง E-mail

ชื่อ-ที่อยู่ส่งไปรษณีย์ :

จำนวนตัวอย่าง..... ตัวอย่าง ☐ ไม่รับตัวอย่างคืน ☐ รับคืนในวันรับผลวิเคราะห์ (ไม่ส่งตัวอย่างคืนทางไปรษณีย์)

[illegible]

* การเก็บรักษา : A = เดซิเคเตอร์, B = ต่ำแห้งแข็ง -20C, C = ต่ำเย็น 4C, D = ออสมิทริกห้อง, E = อื่น ๆ (ระบุ).....

รายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)

หมายเหตุ หากมีข้อโต้แย้ง ผู้ใช้บริการต้องยื่นคำร้องเพื่อขอแก้ไขภายใน 30 วัน หลังจากรับผลการวิเคราะห์

ผู้รับบริการได้ตรวจสอบรายละเอียดแบบฟอร์มการรับตัวอย่างถี่ถ้วนและเรียบร้อยแล้ว และยอมรับให้เป็นข้อตกลงระหว่างผู้รับบริการและศูนย์เครื่องมือกลาง

ท่านยินยอมให้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคล โดยจะเก็บรักษาข้อมูลดังกล่าวไว้เป็นความลับ เพื่อใช้ในการติดต่อกลับและดำเนินงานบริการของศูนย์
เครื่องมือกลาง คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หรือไม่

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ลงชื่อผู้ส่งตัวอย่าง ลงชื่อ.....ผู้รับผลวิเคราะห์/รับตัวอย่างคืน
...../...../..... /...../.....

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับตัวอย่าง

สำหรับเจ้าหน้าที่วิเคราะห์

รายการวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้

จำนวน.....ตัวอย่าง ราคาต่อหน่วย.....บาท รวมเป็นเงิน..... บาท

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่วิเคราะห์

อนุมัติราคา

(รศ.ดร.ไกร มีมล)

หัวหน้าศูนย์เครื่องมือกลาง

[illegible]