



โทร. (TEL) 02-577-4165-8, 02-401-9889 โทรสาร. (FAX) 02-577-1945, 02-577-4809

ติดต่อฉายรังสี (Office) ต่อ 6101-2, 6104-5 โรงงาน (Factory) ต่อ 6201-2 E-mail: tic.tint@hotmail.com

สำหรับลูกค้า (Filled by clients)

วันที่(Date).....เดือน(Month).....พ.ศ.(Year).....

เรียน ผู้จัดการศูนย์ฉายรังสี (To TIC Plant Manager)

สำหรับเจ้าหน้าที่ (For TIC)

อ้างอิงสัญญาบริการฉายรังสีเลขที่.....

เลขที่(Request No.).....

วันที่ (Date).....

ข้าพเจ้า (Name).....บริษัท(Company).....

โทรศัพท์(Tel).....โทรสาร(Fax).....

ขอฉายรังสีผลิตภัณฑ์(Type of product).....จำนวน(Quantity).....กล่อง(Boxes)

ขนาดกล่อง ก Xย Xส: ซม.(Dimension of the box in cm: L x W x H).....ขนาดบรรจุ..... (ก.ก./กล่อง) (weight/ box)

รวมทั้งหมด(Total weight : kg or m³).....ก.ก. หรือ ตบ.ม.วันที่ต้องการฉายรังสี (Date for irradiation)

วัตถุประสงค์ของการฉายรังสี(Purpose of irradiation)

ปริมาณรังสีที่ต้องการ(required dose) : ต่ำสุด(min dose).....กิโลเกรย์ (kGy): สูงสุด (max dose).....กิโลเกรย์ (kGy)

สภาพการเก็บรักษา(Conditions of storage) () อุณหภูมิห้อง-Room Temp () ห้องเย็น-Cold room () อื่นๆระบุ-Others

***หมายเหตุ หากขอใบรับรองจะต้องกรอกแบบฟอร์มใบรับรองการฉายรังสีแกมมา (FM-126)และกรอกกรายละเอียดให้ครบถ้วนและส่งมาพร้อมกับแบบฟอร์มใบคำขอฉายรังสี (FM-01) นี้**

กรณีผลไม้: บริษัทขอรับรองว่าผลไม้ที่นำมาฉายรังสีเป็นผลไม้ที่มาจากแหล่งผลิตที่ได้รับการรับรอง GAPและบรรจุจากโรงบรรจุที่ได้รับการรับรอง GMP โดยกระทรวงเกษตรฯ (The company certifies that the fruits for irradiation are from GAP orchards and packing house that certified from Ministry of Agriculture and Cooperatives)

ลงชื่อ.....ผู้ขอฉายรังสี (Signature of requester)

(.....)ตำแหน่ง (Position).....

บันทึกของศูนย์ฉายรังสีฯ (MEMO OF TIC)

ส่วนที่ 1 การจัดวัน-เวลาการฉายรังสี (Part 1. Scheduling for the treatment)

() สามารถฉายรังสีได้(Irradiation on date) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

() ไม่สามารถฉายรังสีให้ได้เพราะ (Not qualified to do the irradiation because).....

() ให้นำส่งผลิตภัณฑ์ และทำสัญญา ภายในวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.

(Date time of unloading of the product)

() ให้นำมารับผลิตภัณฑ์คืน ภายในวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.

(Date of reloading of the irradiation product)

วิธีการวัดปริมาณรังสี () ทำ Mapping () วัดปริมาณรังสี () Routine

** หมายเหตุ(Note).....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหาร (Signature of Admin officer)

(.....) วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 2 การตรวจสอบความพร้อมก่อนการฉายรังสี (Part 2. Checking for the promptness of irradiator)

() พร้อม (Ready) () ไม่พร้อม (Not ready)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่เดินเครื่อง (Signature of operator)

(.....)วันที่...../...../.....