

ใบคำขอรับบริการตรวจวิเคราะห์ทางจุลชีววิทยา (FM-IC-54)  
ห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ทางจุลชีววิทยา ศูนย์วิจัยรังสี สถาบันเทคโนโลยีนิวเคลียร์แห่งชาติ (องค์การมหาชน)

Request No.LAB.....
วันที่รับ...../...../.....ใบสั่งงานที่.....
วันที่ฉายรังสี...../...../..... (ถ้ามี)
หน้าที่...../..... (สำหรับเจ้าหน้าที่)

ส่วนที่ 1 ผู้ขอรับบริการ:

1.1 ชื่อที่อยู่ในการออกใบแจ้งหนี้/ใบเสร็จรับเงิน/รายงานผลการวิเคราะห์

\*\*หากต้องการรายงานผลวิเคราะห์เป็นภาษาอังกฤษกรุณากรอกชื่อ-ที่อยู่เป็นภาษาอังกฤษ\*\*

ชื่อบริษัท/บุคคล(Name) .....บริษัท โชคดี จำกัด.....เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร(TAX ID).....542 9856 999 6.....  
ที่อยู่ (Address) .....123 ถ. มหาโชค ต. รวยเลิศ อ. รำรวย จ. อำนาจเจริญ 22000.....สาขาที่.....สำนักงานใหญ่.....  
โทรศัพท์ (Phone No.) ..048-136485..... โทรสาร (Fax No.) .....-..... E-mail address: .....lucky999@gmail.com.....

1.2 ชื่อผู้ติดต่อ (กรณีที่มีปัญหา หรืออุทธรณ์ โดยสามารถติดต่อได้ตลอดเวลา)

ชื่อ (Name) .....นายนำโชค.....นามสกุล (Surname).....กุล.....E-mail address: ..... lucky999@gmail.com.....  
โทรศัพท์ (Phone No.) ..... 048-136485.....มือถือ (Mobile No.).....061-222 7845.....โทรสาร (Fax No.).....-.....

ส่วนที่ 2 จำนวนตัวอย่างที่จัดส่งวิเคราะห์ (Samples)

- 2.1 ตัวอย่างที่จัดส่งจำนวน.....4.....ตัวอย่าง \*\*กรณีตรวจก่อนฉายรังสีและหลังฉายรังสีนับเป็น 2 ตัวอย่าง\*\*  
2.2 ต้องการรายงานเป็นภาษา  ไทย (Thai)  อังกฤษ (English)  
2.3 หลังฉายรังสีต้องการให้มีเชื้อจุลินทรีย์ (โปรตีน) .....TPC น้อยกว่า 500 .....  โคลนีนต่อกรัม  ไม่พบ  
2.4 รูปแบบการจัดส่งรายงาน  รับผลด้วยตนเอง  จัดส่งทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ข้อ 1.1  
 จัดส่งที่อยู่อื่นๆ ระบุ.....  
2.5 วันที่ขอส่งตัวอย่างและรับผลการวิเคราะห์  
2.5.1 วันที่ขอส่งตัวอย่าง... 10.../...ต.ค.../...2561... 2.5.2 วันที่ขอรับผลวิเคราะห์...1.../...พ.ย.../...2561.....

\*\*\*\*ใบคำขอมีจำนวน 2 หน้า กรุณากรอกรายละเอียดตัวอย่างในส่วนที่ 3 ในหน้าที่ 2\*\*\*\*

ขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกในส่วนที่ 1-2 เป็นความจริงและความประสงค์ของข้าพเจ้า

นำโชค

( นายนำโชค กุล ) ผู้ขอรับบริการ  
วันที่ .....1.../...ต.ค.../...2561.....(Date of request)

ลูกค้าทุกท่านโปรดอ่านก่อนขอรับบริการคำแนะนำและเงื่อนไขข้อปฏิบัติสำหรับผู้ขอรับบริการ

ผู้ให้บริการจะถือว่าเป็นคำขอที่สมบูรณ์และยอมรับดำเนินการให้บริการที่ต่อเมื่อได้รับค่าบริการจากผู้ขอรับบริการตามอัตราที่กำหนดแล้ว โดยจะดำเนินการให้แล้วเสร็จและออกหนังสือแจ้งผลให้ผู้ขอรับบริการภายใน 20 วันทำการนับแต่วันที่ได้รับตัวอย่างเข้าห้องปฏิบัติการและชำระค่าบริการแล้ว หรือภายใน 20 วันทำการนับจากวันที่ฉายรังสี เว้นแต่เป็นกรณีการขอความอนุเคราะห์จากส่วนราชการให้ดำเนินการตามที่ร้องขอและเรียกชำระค่าบริการตามอัตราที่กำหนด ข้อสงวนสิทธิ์: หนังสือแจ้งผลการตรวจวิเคราะห์นี้ เป็นเพียงเอกสารซึ่งได้ออกให้แก่ผู้ขอรับบริการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการแจ้งข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์เฉพาะตัวอย่างซึ่งผู้ขอได้นำมาส่งมอบให้ทำการตรวจวิเคราะห์ ภายใต้อาณัติและมาตรฐานวิธีทดสอบตามเงื่อนไขที่ผู้ให้บริการกำหนดเพื่อประโยชน์ของการให้บริการ การให้บริการไม่ถือเป็นการให้รับรอง ยืนยันจากผู้ให้บริการ อันอาจจะสามารถนำไปขยายผลสรุปการตรวจวิเคราะห์หรือนำข้อมูลนี้ไปใช้ในวัตถุประสงค์อื่นใดนอกเหนือจากที่ระบุไว้ได้ทั้งสิ้น ผู้ให้บริการ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับผิดชอบต่อการเกิดความเสียหายใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการนำข้อมูลนี้ไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นใดที่นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ตามที่ระบุนี้ ไม่ว่าจะนำชื่อ หรือสัญลักษณ์ (โลโก้) ของผู้ให้บริการ ไปใช้หรืออ้างอิงไปใช้ หรือ นำไปใช้ในลักษณะอื่นใด ไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อม โดยปราศจากความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ให้บริการ

ผลการทบทวนคำขอรับบริการ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

1.พิจารณาความพร้อม ( ) ความพร้อมผู้ปฏิบัติงาน ( ) ช่วงเวลาที่ปฏิบัติงานได้ ( ) สภาพเครื่องมือ/อุปกรณ์ ( ) ความพอเพียงวัสดุ ( ) สภาพแวดล้อม สถานที่ ( ) วิธีทดสอบที่ใช้  
2.วันที่สามารถดำเนินการได้ 2.1 ห้องปฏิบัติการขอให้ส่งตัวอย่างวันที่...../...../..... 2.2 ห้องปฏิบัติการสามารถส่งผลการวิเคราะห์ให้วันที่...../...../.....

( ) ได้รับชำระเงินแล้วเมื่อวันที่...../...../..... ( ) ขอความอนุเคราะห์ ( ) อื่นๆ..... ค่าบริการจำนวนเงิน.....บาท ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่บริหารงาน วันที่...../...../.....
---

ลงชื่อ.....ห้องปฏิบัติการ  
วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 3 รายละเอียดตัวอย่างชื่อตัวอย่าง \*\*หากต้องการรายงานผลวิเคราะห์เป็นภาษาอังกฤษกรอกเป็นภาษาอังกฤษ\*\*

ลำดับที่...1../...4... ชื่อต.ย.....**ขาใบหมอน**.....  ก่อนฉายรังสี ( ) หลังฉายรังสี ( ) ไม่ระบุ  
 Lot no/Mfg date.....**25/09/2016**..... ลักษณะต.ย.....**ผงแห้ง**..... เก็บที่ :  อุณหภูมิห้อง ( ) แช่เย็น ( ) แช่แข็ง

TPC	TYM	TC	SA นับจำนวน	SA พบ/ไม่พบ	EC นับจำนวน	EC พบ/ไม่พบ	SS พบ/ไม่พบ	<input checked="" type="checkbox"/> อื่นๆ โปรตระกูลเชื้อเชื้อ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรตระกูลเชื้อเชื้อ	สำหรับเจ้าหน้าที่	ลำดับที่.....และ..... กรณีค่าบริการเป็น Package Package ที่.....	แจ้งยืนยันการ ให้บริการ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( ) พบ/ไม่พบ หรือ ( ) นับจำนวน	( ) พบ/ไม่พบ หรือ ( ) นับจำนวน		ผลการตรวจสอบต.ย. ( ) เรียบร้อย ( ) ไม่เรียบร้อย รหัสตัวอย่าง ...../.....	
CL Perfringens นับจำนวน	CL Perfringens พบ/ไม่พบ	CL spp. พบ/ไม่พบ	PA พบ/ไม่พบ	VITEK <input type="checkbox"/> G+ <input type="checkbox"/> G-	Alicyclo พบ/ไม่พบ	Alicyclo นับจำนวน		( ) พบ/ไม่พบ หรือ ( ) นับจำนวน	( ) พบ/ไม่พบ หรือ ( ) นับจำนวน			

ลำดับที่...2../...4... ชื่อต.ย.....**ขาใบหมอน**..... ( ) ก่อนฉายรังสี  หลังฉายรังสี ( ) ไม่ระบุ  
 Lot no/Mfg date.....**25/09/2016**..... ลักษณะต.ย.....**ผงแห้ง**..... เก็บที่ :  อุณหภูมิห้อง ( ) แช่เย็น ( ) แช่แข็ง

TPC	TYM	TC	SA นับจำนวน	SA พบ/ไม่พบ	EC นับจำนวน	EC พบ/ไม่พบ	SS พบ/ไม่พบ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรตระกูลเชื้อเชื้อ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรตระกูลเชื้อเชื้อ	สำหรับเจ้าหน้าที่	ลำดับที่.....และ..... กรณีค่าบริการเป็น Package Package ที่.....	แจ้งยืนยันการ ให้บริการ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	( ) พบ/ไม่พบ หรือ ( ) นับจำนวน	( ) พบ/ไม่พบ หรือ ( ) นับจำนวน		ผลการตรวจสอบต.ย. ( ) เรียบร้อย ( ) ไม่เรียบร้อย รหัสตัวอย่าง ...../.....	
CL Perfringens นับจำนวน	CL Perfringens พบ/ไม่พบ	CL spp. พบ/ไม่พบ	PA พบ/ไม่พบ	VITEK <input type="checkbox"/> G+ <input type="checkbox"/> G-	Alicyclo พบ/ไม่พบ	Alicyclo นับจำนวน		( ) พบ/ไม่พบ หรือ ( ) นับจำนวน	( ) พบ/ไม่พบ หรือ ( ) นับจำนวน			

ลำดับที่...3../...4... ชื่อต.ย.....**เกี๋ยฮวย**.....  ก่อนฉายรังสี ( ) หลังฉายรังสี ( ) ไม่ระบุ  
 Lot no/Mfg date.....**29/09/2018**..... ลักษณะต.ย.....**ดอกไม้แห้ง**..... เก็บที่ :  อุณหภูมิห้อง ( ) แช่เย็น ( ) แช่แข็ง

TPC	TYM	TC	SA นับจำนวน	SA พบ/ไม่พบ	EC นับจำนวน	EC พบ/ไม่พบ	SS พบ/ไม่พบ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรตระกูลเชื้อเชื้อ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรตระกูลเชื้อเชื้อ	สำหรับเจ้าหน้าที่	ลำดับที่.....และ..... กรณีค่าบริการเป็น Package Package ที่.....	แจ้งยืนยันการ ให้บริการ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( ) พบ/ไม่พบ หรือ ( ) นับจำนวน	( ) พบ/ไม่พบ หรือ ( ) นับจำนวน		ผลการตรวจสอบต.ย. ( ) เรียบร้อย ( ) ไม่เรียบร้อย รหัสตัวอย่าง ...../.....	
CL Perfringens นับจำนวน	CL Perfringens พบ/ไม่พบ	CL spp. พบ/ไม่พบ	PA พบ/ไม่พบ	VITEK <input type="checkbox"/> G+ <input type="checkbox"/> G-	Alicyclo พบ/ไม่พบ	Alicyclo นับจำนวน		( ) พบ/ไม่พบ หรือ ( ) นับจำนวน	( ) พบ/ไม่พบ หรือ ( ) นับจำนวน			

ลำดับที่...4../...4... ชื่อต.ย.....**เกี๋ยฮวย**..... ( ) ก่อนฉายรังสี  หลังฉายรังสี ( ) ไม่ระบุ  
 Lot no/Mfg date.....**29/09/2018**..... ลักษณะต.ย.....**ดอกไม้แห้ง**..... เก็บที่ :  อุณหภูมิห้อง ( ) แช่เย็น ( ) แช่แข็ง

TPC	TYM	TC	SA นับจำนวน	SA พบ/ไม่พบ	EC นับจำนวน	EC พบ/ไม่พบ	SS พบ/ไม่พบ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรตระกูลเชื้อเชื้อ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรตระกูลเชื้อเชื้อ	สำหรับเจ้าหน้าที่	ลำดับที่.....และ..... กรณีค่าบริการเป็น Package Package ที่.....	แจ้งยืนยันการ ให้บริการ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	( ) พบ/ไม่พบ หรือ ( ) นับจำนวน	( ) พบ/ไม่พบ หรือ ( ) นับจำนวน		ผลการตรวจสอบต.ย. ( ) เรียบร้อย ( ) ไม่เรียบร้อย รหัสตัวอย่าง ...../.....	
CL Perfringens นับจำนวน	CL Perfringens พบ/ไม่พบ	CL spp. พบ/ไม่พบ	PA พบ/ไม่พบ	VITEK <input type="checkbox"/> G+ <input type="checkbox"/> G-	Alicyclo พบ/ไม่พบ	Alicyclo นับจำนวน		( ) พบ/ไม่พบ หรือ ( ) นับจำนวน	( ) พบ/ไม่พบ หรือ ( ) นับจำนวน			

ขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกในส่วนที่ 3 เป็นความจริงและความประสงค์ของข้าพเจ้า

**น.โชค**

( **นายนำโชค กุศล** ) ผู้ขอรับบริการ  
 วันที่ .....**1../...ต.ค...../...2561**.....(Date of request)