



ใบคำขอรับบริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ส่งตัวอย่าง

ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อ :

โทรศัพท์ :

มือถือ :

ชื่อหน่วยงาน และที่อยู่ที่จะระบุในใบรายงานผล

ชื่อหน่วยงาน :

ที่อยู่ :

Email :

รูปแบบรายงานผล

☐ ภาษาไทย☐ ภาษาอังกฤษ

ข้อมูลสำหรับออกใบเสร็จรับเงิน

☐ ตามที่ระบุในใบรายงานผล

ชื่อหน่วยงาน :

ที่อยู่ :

Email :

การจัดส่งใบรายงานผล

☐ มารับด้วยตัวเอง☐ Email

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี/Tax ID :

ส่วนที่ 2 รายละเอียดตัวอย่าง

ลำดับที่ :

ชื่อตัวอย่าง :

รหัสตัวอย่างห้องปฏิบัติการ :

ประเภทตัวอย่าง :

ลักษณะตัวอย่าง :

ส่งตัวอย่างวิเคราะห์ ☐ AAS ☐ GC/GC-MS ☐ HPLC ☐ Spray dryer☐ Freeze dryer ☐ Viscometer ☐ Evaporator ☐ pH ☐ อื่น

หมายเหตุ :

ลำดับที่ :

ชื่อตัวอย่าง :

รหัสตัวอย่างห้องปฏิบัติการ :

ประเภทตัวอย่าง :

ลักษณะตัวอย่าง :

ส่งตัวอย่างวิเคราะห์ ☐ AAS ☐ GC/GC-MS ☐ HPLC ☐ Spray dryer☐ Freeze dryer ☐ Viscometer ☐ Evaporator ☐ pH ☐ อื่น

หมายเหตุ :



ใบคำขอรับบริการ

ส่วนที่ 2 รายละเอียดตัวอย่าง

ลำดับที่ :	ชื่อตัวอย่าง :	รหัสตัวอย่างห้องปฏิบัติการ :
ประเภทตัวอย่าง :	ลักษณะตัวอย่าง :	
ส่งตัวอย่างวิเคราะห์ ☐ AAS ☐ GC/GC-MS ☐ HPLC ☐ Spry dryer ☐ Freeze dryer ☐ Viscometer ☐ Evaporator ☐ pH ☐ อื่น		หมายเหตุ :

ลำดับที่ :	ชื่อตัวอย่าง :	รหัสตัวอย่างห้องปฏิบัติการ :
ประเภทตัวอย่าง :	ลักษณะตัวอย่าง :	
ส่งตัวอย่างวิเคราะห์ ☐ AAS ☐ GC/GC-MS ☐ HPLC ☐ Spry dryer ☐ Freeze dryer ☐ Viscometer ☐ Evaporator ☐ pH ☐ อื่น		หมายเหตุ :

ลำดับที่ :	ชื่อตัวอย่าง :	รหัสตัวอย่างห้องปฏิบัติการ :
ประเภทตัวอย่าง :	ลักษณะตัวอย่าง :	
ส่งตัวอย่างวิเคราะห์ ☐ AAS ☐ GC/GC-MS ☐ HPLC ☐ Spry dryer ☐ Freeze dryer ☐ Viscometer ☐ Evaporator ☐ pH ☐ อื่น		หมายเหตุ :

ลำดับที่ :	ชื่อตัวอย่าง :	รหัสตัวอย่างห้องปฏิบัติการ :
ประเภทตัวอย่าง :	ลักษณะตัวอย่าง :	
ส่งตัวอย่างวิเคราะห์ ☐ AAS ☐ GC/GC-MS ☐ HPLC ☐ Spry dryer ☐ Freeze dryer ☐ Viscometer ☐ Evaporator ☐ pH ☐ อื่น		หมายเหตุ :

ลำดับที่ :	ชื่อตัวอย่าง :	รหัสตัวอย่างห้องปฏิบัติการ :
ประเภทตัวอย่าง :	ลักษณะตัวอย่าง :	
ส่งตัวอย่างวิเคราะห์ ☐ AAS ☐ GC/GC-MS ☐ HPLC ☐ Spry dryer ☐ Freeze dryer ☐ Viscometer ☐ Evaporator ☐ pH ☐ อื่น		หมายเหตุ :



ใบคำขอรับบริการ

ส่วนที่ 3 การทบทวนคำขอ

การรักษาตัวอย่างทดสอบ

- ☐ อุณหภูมิ/Room temperature ☐ แช่เย็น/Chilling 4 °C
☐ แช่แข็ง/Freezing -10 °C ☐ อื่นๆ

การรับตัวอย่างคืน

- ☐ ไม่รับคืน
☐ ขอรับคืนภายใน 3 วันหลังจากได้รับใบรายงานผล

บริการอื่นๆ

- ☐ รายงานความไม่แน่นอนของผลการทดสอบ/Uncertainty (คิดค่าบริการเพิ่ม 100 บาท)

ข้อตกลง

1. ห้องปฏิบัติการจะดำเนินการทดสอบตาม ระเบียบวิธีทดสอบของ ห้องปฏิบัติการ
2. ห้องปฏิบัติการไม่มีนโยบายการตัดสินผลการทดสอบ (Decision Rule)
3. ห้องปฏิบัติการจะเก็บตัวอย่างที่ทดสอบแล้วไว้ เมื่อครบกำหนดจึงจะจำหน่ายตัวอย่าง

- ☐ ผู้ขอรับบริการรับทราบการทบทวนคำขอทั้งหมด

- ☐ ผู้ขอรับบริการยินดีย้ายค่าบริการในอัตราตามรายละเอียดเอกสารที่แนบท้ายประกาศคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบำรุงการใช้บริการเครื่องมือ และห้องปฏิบัติการสำหรับหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน พ.ศ. 2564

รวมจำนวนตัวอย่าง ตัวอย่าง รวมค่าตรวจวิเคราะห์ บาท

หมายเหตุ

ลงนามผู้ส่งตัวอย่าง

ผู้รับตัวอย่าง

.....
(.....)
วันที่.....

.....
(.....)
วันที่.....



เฉพาะเจ้าหน้าที่

ทบทวนความสามารถ และทรัพยากรของห้องปฏิบัติการ

สภาพตัวอย่างที่นำมาทดสอบ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....

เครื่องมือ/บุคลากร ☐ พร้อม ☐ ไม่พร้อม

วิธีทดสอบ ☐ พร้อม ☐ ไม่พร้อม

พิจารณาทบทวนคำขอ วิธีการทดสอบ ชนิดตัวอย่างทดสอบ และ
ข้อตกลงเบื้องต้นแล้ว

☐ สามารถวิเคราะห์ได้

☐ ไม่สามารถวิเคราะห์ได้

ผู้ทบทวน

.....

(.....)

วันที่.....

การเบี่ยงเบน/การเปลี่ยนแปลงข้อตกลง

รายละเอียด.....

.....

.....

.....

วันที่แจ้งผู้ขอรับบริการ.....ลงชื่อ.....