ห้องปฏิบัติการศูนย์วิทยาศาสตร์
Science Center Laboratory

ศูนย์วิทยาศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร http:/scc.snru.ac.th

เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000382529

แผ่นที่ _____/_____

สำหรับเจ้าหน้าที่ / Staff only

RQ_____-_____/_____

วันที่รับตัวอย่าง :_____ **เวลา :**_____

วันนัดรับผล_____

แบบคำขอส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ / REQUEST

เรื่อง ขอส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์

เรียน หัวหน้าศูนย์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ด้วยข้าพเจ้า : จากหน่วยงาน :

ตั้งอยู่เลขที่ :

รหัสไปรษณีย์ : โทรศัพท์ : โทรสาร : ความประสงค์ขอส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ตามรายการดังต่อไปนี้

☐ **น้ำ/น้ำเสีย** **Water/Wastewater** ☐ **อาหารและเครื่องดื่ม** **Foods and Beverages** ☐ **ดินและปุ๋ย** **Soils and Fertilizers** ☐ **สุราและไวน์** **Spirits and Wines**

ลำดับ No.	ชื่อตัวอย่าง Sample Names	ปริมาณต่อหน่วยบรรจุทั้งหมด / Quantity per Total Container	รายการวิเคราะห์ / Parameter tested (โปรดระบุวิธี / Method used)	สำหรับเจ้าหน้าที่/ Staff Only		
				รหัสตัวอย่าง/ Sample code	สภาพตัวอย่าง / Sample Condition	ราคา (บาท)Price (Baht)
หมายเหตุ/Remark :					ราคา / Price	
					ส่วนลด.....%	
					รวม / Total	

ชื่อหน่วยงานและที่อยู่ที่ระบุในใบรายงานผล / Company name and address for Test report :	ผลฉบับจริง/Original TR Transfer
ต้องการใบรายงานผลเป็น : ☐ ไทย/Thai ☐ อังกฤษ/English (กรณีรายงานผล 2 ภาษา คิดค่าบริการ 100฿)	☐ มารับด้วยตัวเอง / By hand
ชื่อ-ที่อยู่ (ไทย/Thai) :	☐ ส่งทางไปรษณีย์ / By post
	☐ ตามที่อยู่ใบรายงานผล
ชื่อ-ที่อยู่ (อังกฤษ/English) :	☐ ตามที่อยู่ใบเสร็จรับเงิน
	☐ ตามที่อยู่อื่นๆ (ระบุหมายเหตุ)
ชื่อหน่วยงานและที่อยู่ที่ระบุในใบเสร็จรับเงิน / Company name and address for Receipt :	**การรักษาสภาพตัวอย่างก่อนนำส่ง**
	☐ แช่เย็น/Chilled ☐ แช่แข็ง/Frozen
	☐ เติม.....จำนวน.....
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : สาขาที่ : ☐ เหมือนในใบรายงานผล	☐ ไม่มี/None

ผู้ติดต่อ / Contact person :	วัตถุประสงค์ / Objective :	ตัวอย่าง/ภาชนะที่ส่งทดสอบ : Sample after tested	ข้อมูลเพิ่มเติม : More information
ชื่อ-สกุล/Name :	☐ เพื่อยื่นขอใบรับรอง/Certificate	☐ ขอรับคืนตัวอย่าง/Sample return (ภายใน 15 วันหลังส่งตัวอย่าง)	☐ กรณีต้องการระบุค่ามาตรฐาน (โปรดระบุ) Show Standard Limitation (please specify)
ตำแหน่ง/Position :	☐ เพื่อตรวจสอบมาตรฐาน/ Standard Check	☐ ขอคืนภาชนะบรรจุ/Container return only	
โทรศัพท์/Tel :	☐ เพื่อทราบผล/General information	☐ ไม่รับคืน/No return	
โทรสาร/Fax :	☐ งานวิจัย/Research		
มือถือ/Mobile :	☐ อื่นๆ ระบุ.....		
อีเมล์/E-mail :			

การชำระเงิน / Payment :

☐ เงินสด / Cash ☐ เช็ค / Cheque ☐ เงินโอน / Transfer

ได้เรียกเก็บเงินค่าทดสอบทั้งหมดเป็นเงิน .....บาท (.....)

ตามใบเสร็จเลขที่...../.....

เจ้าหน้าที่การเงิน/Finance Officer : (.....) วันที่...../...../.....

บันทึกการเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อตก / change test application

ผู้ร้องขอ..... วันที่...../...../..... ผู้รับแจ้ง.....

☐ ยกเลิกคำขอ ☐ เพิ่มรายการทดสอบ

☐ ยกเลิกการทดสอบบางรายการ/บางตัวอย่าง ☐ อื่น.....

รายละเอียด / Description.....

การพิจารณาทบทวนคำขอบริการ / Review test application

☐ สามารถรับงานทดสอบได้ / Tested ☐ ปฏิเสธ / Refuse

หากสงสัยเกี่ยวกับผลการทดสอบ กรุณาติดต่อกลับภายใน 7 วัน หลังจากรับใบรายงานผลทดสอบ

ผู้ส่งตัวอย่าง/Sent by:		ผู้รับตัวอย่าง / Received by:
(.....)	**STAFF ONLY**	(.....)
ตัวบรรจง		
วันที่ : _____/_____/_____		วันที่ : _____/_____/_____