



(Test Request
Review Form; TRC)

แบบบันทึกคำขอรับบริการทดสอบ

ห้องปฏิบัติการทดสอบศูนย์วิทยาศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร อาคารศูนย์วิทยาศาสตร์ 680 ถนนนิตโย
ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 47000 โทรศัพท์ / โทรสาร 0-4297-0060

SNRU-SC-F-7.1-01 Rev: 02 Date: 23/12/2565 Page: /

หมายเลขคำขอ
RQ _____ / _____
วันนัดรับรายงานผล
____ / ____ / ____

ผู้ส่งตัวอย่าง ข้าพเจ้า.....จากหน่วยงาน..... เลขที่.....เบอร์โทรศัพท์..... ประเภทหน่วยงาน <input type="checkbox"/> ภายใน <input type="checkbox"/> ภายนอก ซึ่งเป็น <input type="radio"/> เอกชน <input type="radio"/> ราชการ <input type="radio"/> สถาบันการศึกษา (ทั้งรัฐ/เอกชน) ประเภทตัวอย่าง <input type="checkbox"/> น้ำดี/น้ำเสีย <input type="checkbox"/> อาหาร/เครื่องดื่ม <input type="checkbox"/> ดิน/ปุ๋ย <input type="checkbox"/> สุรา/ไวน์	วันที่รับตัวอย่าง <input type="radio"/> ผู้รับบริการรายเก่า <input type="radio"/> ผู้รับบริการรายใหม่
ชื่อ/ที่อยู่ในการออกรายงานผล <input type="checkbox"/> ภาษาไทย <input type="checkbox"/> ภาษาอังกฤษ (กรณีต้องการมากกว่า 1 ฉบับ ชำระเพิ่มฉบับละ 100 บาท)	ผู้ติดต่อ ชื่อผู้ติดต่อ..... โทรศัพท์..... e-mail.....

ชื่อ/ที่อยู่ในการออกใบเสร็จรับเงิน ตามที่อยู่ในการออกรายงานผล ที่อยู่อื่นๆ (ระบุ).....
.....
ชื่อ/ที่อยู่ในการจัดส่งทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ในการออกรายงานผล ที่อยู่อื่นๆ (ระบุ).....
.....

มีความประสงค์ขอส่งตัวอย่างเพื่อรับบริการทดสอบ จำนวน.....ตัวอย่าง				
ชื่อตัวอย่าง	รหัสตัวอย่าง	รายการทดสอบ	สภาพตัวอย่าง	ราคาต่อหน่วย
การรักษาสภาพตัวอย่าง <input type="checkbox"/> ไม่มีการรักษาสภาพ <input type="checkbox"/> มีการรักษาสภาพด้วยวิธี.....			รวมราคาค่าทดสอบ	
หมายเหตุ :			ส่วนลด.....	
			ราคาสุทธิ	

วิธีทดสอบ <input type="checkbox"/> Standard Method for the Examination of Water and Wastewater 23 rd edition 2017 <input type="checkbox"/> วิธีอื่นๆ ระบุ.....	ค่าบริการ.....บาท (ตามใบเสนอราคา QTC no.....) <input type="checkbox"/> ชำระล่วงหน้าแล้ว (ใบเสร็จที่.....) วันที่ออกใบเสร็จ..... <input type="checkbox"/> ยกเว้นค่าบริการ (หนังสือที่.....) <input type="checkbox"/> ชำระเงินหลังได้รับผลการทดสอบ 60 วัน (หนังสือที่.....)
ค่าความไม่แน่นอน <input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ	
ค่ามาตรฐานคุณภาพ <input type="checkbox"/> ต้องการ ระบุ.....	
การรับรายงานผล <input type="checkbox"/> รับด้วยตัวเอง <input type="checkbox"/> รับทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
การรับตัวอย่างคืน <input type="checkbox"/> ไม่รับคืน <input type="checkbox"/> รับทางไปรษณีย์ (คิดค่าใช้จ่าย) <input type="checkbox"/> รับด้วยตัวเอง	
การรับภาชนะบรรจุคืน <input type="checkbox"/> ไม่รับคืน <input type="checkbox"/> รับทางไปรษณีย์ (คิดค่าใช้จ่าย) <input type="checkbox"/> รับด้วยตัวเอง	

ผลการทบทวนคำขอ <input type="checkbox"/> ตัวอย่างปกติ จำนวน.....ตัวอย่าง <input type="checkbox"/> ตัวอย่างไม่ปกติ จำนวน.....ตัวอย่าง <input type="checkbox"/> ไม่สามารถรับงานได้ <input type="checkbox"/> สามารถรับงานได้ทุกตัวอย่าง <input type="checkbox"/> สามารถรับงานได้ จำนวน.....ตัวอย่าง

ลงชื่อ.....ลูกค้า/ผู้ขอรับบริการ หรือตัวแทน	ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอรับบริการ
---	--------------------------------

หากตัวอย่างที่ข้าพเจ้าส่ง/นำมาเสียหาย ข้าพเจ้ายินดีขอรับตัวอย่างนั้นคืนโดยไม่คิดค่าเสียหาย ตามระเบียบของศูนย์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
ลูกค้า/ผู้ขอรับบริการ หรือตัวแทน ลงนามส่งตัวอย่าง รับทราบผลการตรวจสอบสภาพตัวอย่าง และรับทราบข้อตกลง



(Test Request
Review Form; TRC)

แบบบันทึกคำขอรับบริการทดสอบ

ห้องปฏิบัติการทดสอบศูนย์วิทยาศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร อาคารศูนย์วิทยาศาสตร์ 680 ถนนนิตโย
ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 47000 โทรศัพท์ /โทรสาร 0-4297-0060

SNRU-SC-F-7.1-01 Rev: 02 Date: 23/12/2565 Page: /

หมายเลขคำขอ

RQ _____ / _____

วันนัดรับรายงานผล

____/____/____

บันทึกการเปลี่ยนแปลงกรณีมีการเปลี่ยนแปลงข้อตกลงหลังจากเริ่มงานไปแล้ว (ถ้ามี) :

ผู้ร้องขอ.....

วันที่ร้องขอ.....

ประเด็นที่ร้องขอให้มีการเปลี่ยนแปลง

- ยกเลิกคำทดสอบ
- เพิ่ม/ลดรายการทดสอบ ยกเลิกบางรายการ/บางตัวอย่าง
- อื่นๆ.....

การบันทึกข้อตกลงที่ได้ทบทวนใหม่

- แก้ไขลงใน TCR ฉบับเดิมนี้
- ออก TCR ฉบับใหม่ (ระบุ No.)

รายละเอียด.....
.....
.....
.....
.....

ผู้รับแจ้ง.....

หัวหน้าห้องปฏิบัติการ.....