เลขที่รับ...../.....
วันที่.....
เวลา.....น.
ผู้รับเตัวอย่าง

ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทรศัพท์ (044) 223313-4 โทรสาร (044) 223260

ใบคำขอรับบริการ

<u>ส่วนที่ 1</u> **(สำหรับผู้ขอรับบริการกรอก)**

1.ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สถานที่ติดต่อ.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....E-mail.....

2. มีความประสงค์ ☐ ขอรับบริการทดสอบ ☐ ขอใช้เครื่องมือ(ระบุ)..... ☐ ขอรับบริการอื่นๆ (ระบุ).....

3. ประเภทผู้ขอรับบริการ ☐ **หน่วยงานภายใน**

☐ การเรียน-การสอน/โครงงาน วิชา.....รหัสวิชา.....

☐ งานวิทยานิพนธ์ รหัสวิชา..... ชื่อเรื่อง.....

☐ งานวิจัย ชื่อเรื่อง .....

☐ อื่นๆ.....

☐ **หน่วยงานภายนอก**

☐ ราชการ (มีหนังสือรับรองลงนาม โดยหัวหน้าหน่วยงาน)

☐ มหาวิทยาลัยภาคี (มีหนังสือรับรองลงนามโดยหัวหน้าหน่วยงาน)

☐ บริษัทเอกชน ☐ บุคคลทั่วไป

☐ อื่นๆ.....

4. ชื่อและที่อยู่ที่ต้องการให้ระบุในใบเสร็จรับเงิน ☐ ตามชื่อ-ที่อยู่ ที่ระบุ ข้อ 1 . ☐ ตามชื่อ- ที่อยู่ ดังนี้ .....

.....

5. ชื่อและที่อยู่ที่ต้องการให้ระบุในใบรายงานผลการทดสอบ (กรณีขอรายงานผลเป็นภาษาอังกฤษกรุณากรอกที่อยู่เป็นภาษาอังกฤษ) ☐ ตามชื่อ-ที่อยู่ ที่ระบุ ข้อ 1

☐ ตามชื่อ- ที่อยู่ ดังนี้ .....

6. รายละเอียดตัวอย่างและรายการทดสอบ/เครื่องมือที่ใช้ (ให้กรอกรายละเอียดในข้อ 6 หน้า 2/2)

6.1 จำนวนตัวอย่าง..... ตัวอย่าง **และความต้องการภาชนะบรรจุตัวอย่างคืน** ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ (รับคืนภายใน 30 วันนับจากวันที่ส่งตัวอย่าง)

6.2 การเก็บรักษาตัวอย่าง : ☐ อุณหภูมิห้อง ☐ แช่เย็น ☐ แช่แข็ง

6.3 ความต้องการตัวอย่างคืน : ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ (ภายใน 10 วัน หลังออกรายงานผล)

6.4 ความต้องการมาเฝ้าระวังการทดสอบ ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ

6.5 การรับรายงานผลการทดสอบ : ☐ มารับเอง ☐ ส่งทางไปรษณีย์

6.6 การชำระเงิน ☐ เงินสด ☐ เงินโอน (แนบหลักฐาน) ☐ เช็ค (แนบหลักฐาน)

6.7 ความต้องการอื่นๆ (ระบุ) .....

6.8 เฉพาะกรณีผู้ขอรับบริการจากหน่วยงานภายใน : ข้าพเจ้ายินดีที่จะชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการของศูนย์เครื่องมือฯ **ภายในวันที่ .....**
โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายคือ.....หากพ้นกำหนดระยะเวลาที่กำหนดไว้ข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ มทส. หักเงินเดือนหรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีอยู่กับ มทส. เพื่อนำมาชำระหนี้ดังกล่าว

6.9 ข้าพเจ้าได้ทราบระเบียบการขอรับบริการ แล้วยินดีปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ
(.....).
...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา **(เฉพาะผู้ขอรับบริการภายใน)**
(.....).
...../...../.....

<u>ส่วนที่ 2</u> **(สำหรับพนักงานกรอก) รายละเอียดของการทบทวนคำขอรับบริการ**

1. รายการทดสอบ/วิธีทดสอบ/เครื่องมือที่ใช้.....

.....

2. การคิดค่าใช้จ่าย

2.1 คิดค่าใช้จ่ายในอัตรา : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

2.2 ค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น(อัตราเต็ม) .....บาท

2.3 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ถ้ามี (ระบุ) : .....

.....

2.4 ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริง.....บาท.(.....)

3. รายละเอียดของการปรึกษาหารือ/ถกปัญหากับผู้ขอรับบริการ.....

4. การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของการทบทวน (ถ้ามี).....

5. สรุปผลการทบทวนของห้องปฏิบัติการ ☐ ไม่พร้อมและปฏิเสธ ☐ มีความพร้อมรับงาน **และนัดรับรายงานผลวันที่**.....

6. ☐ **กรณีมีการเบี่ยงเบนไปจากคำขอรับบริการ :** ได้แจ้งผู้ขอรับบริการเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อ วันที่.....

☐ **กรณีมีการแก้ไขเพิ่มเติม**หลังจากงาน ได้เริ่มแล้ว ระบุ.....

☐ **ได้ทบทวนคำขอรับบริการใหม่ตั้งแต่ต้นแล้ว** สามารถให้บริการได้ และได้แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

ทบทวนโดย.....ผู้ทบทวน
(.....)
...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้เบิกตัวอย่าง เวลา ..... น.
(.....).
...../...../.....

<u>หมายเหตุ</u> : กรณีออกรายงานผลเป็นภาษาอังกฤษหรือรายงานค่า Uncertainty คิดค่าใช้จ่ายเพิ่ม

เลขที่รับ...../..... วันที่.....

6. รายละเอียดตัวอย่างและรายการทดสอบ/เครื่องมือที่ใช้

ลำดับที่	ชื่อตัวอย่าง	ชนิด/ภาชนะบรรจุ	จำนวน/ปริมาณต่อหน่วยบรรจุ	รายละเอียดฉลาก (ถ้ามี)	รายการทดสอบ/วิธีการทดสอบ/เครื่องมือที่ใช้	วันที่ต้องการรายงานผล	(สำหรับพนักงานกรอก)		
							*รหัสทดสอบ	หมายเลขตัวอย่าง	สภาพตัวอย่าง

หมายเหตุ :* ผู้ทบทวน เป็นผู้บันทึก

<u>ส่วนที่ 3</u> (สำหรับผู้บังคับบัญชา)

1. ความเห็นของหัวหน้าฝ่าย

☐ สมควรอนุมัติ

☐ อื่นๆ .....

.....

(.....)

หัวหน้าฝ่าย .....

...../...../.....

2. การพิจารณาอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก .....

.....

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน .....

...../...../.....