



ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทรศัพท์ (044) 223263-4 โทรสาร (044) 223260

เลขที่รับ...../..... วันที่.....

6. รายละเอียดตัวอย่างและรายการสอบเทียบ/เครื่องมือที่ใช้

Item	Instrument's Name	Manufacturer	Model	S/N	ID.No.	Cal. Point/Accessories	Due. Date	(สำหรับพนักงานกรอก)		
								*รหัสสอบเทียบ	หมายเลขตัวอย่าง	สภาพตัวอย่าง

หมายเหตุ : *หัวหน้าห้องปฏิบัติการ (ผู้ทบทวน) เป็นผู้บันทึก

ส่วนที่ 3 (สำหรับผู้บังคับบัญชา)

<p>1. ความเห็นของหัวหน้าฝ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรอนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p>.....</p> <p>(.....)</p> <p>หัวหน้าฝ่าย</p> <p>...../...../.....</p>	<p>2. การพิจารณาอนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> อนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>(.....)</p> <p>หัวหน้ากลุ่มงาน</p> <p>...../...../.....</p>
---	--