



ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

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

เลขที่รับ...../.....
วันที่.....
เวลา.....น.
ผู้รับตัวอย่าง.....

ใบคำขอรับบริการสอบเทียบ

ส่วนที่ 1 (สำหรับผู้ขอรับบริการกรอก)

1. **ข้าพเจ้า**.....ตำแหน่ง.....สถานที่ติดต่อ.....
เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....
2. **มีความประสงค์** ☐ ขอรับบริการสอบเทียบ ☐ ขอใช้เครื่องมือ(ระบุ)..... ☐ ขอรับบริการอื่นๆ (ระบุ).....
3. **ประเภทผู้ขอรับบริการ** ☐ หน่วยงานภายใน ☐ หน่วยงานภายนอก
☐ การเรียน-การสอน/โครงการ วิชา.....รหัสวิชา..... ☐ ราชการ (มีหนังสือรับรองลงนาม โดยหัวหน้าหน่วยงาน)
☐ งานวิทยานิพนธ์ รหัสวิชา..... ชื่อเรื่อง..... ☐ มหาวิทยาลัยภาคี (มีหนังสือรับรองลงนามโดยหัวหน้าหน่วยงาน)
☐ งานวิจัย ชื่อเรื่อง..... ☐ บริษัทเอกชน ☐ บุคคลทั่วไป
☐ อื่นๆ..... ☐ อื่นๆ.....
4. **ชื่อและที่อยู่ที่ต้องการให้ระบุในใบเสร็จรับเงิน** ☐ ตามชื่อ-ที่อยู่ ที่ระบุ ข้อ 1. ☐ ตามชื่อ- ที่อยู่ ดังนี้.....
5. **ชื่อและที่อยู่ที่ต้องการให้ระบุในใบรายงานผลการสอบเทียบ (กรณกรอกที่อยู่เป็นภาษาอังกฤษ)** ☐ ตามชื่อ-ที่อยู่ ที่ระบุ ข้อ 1
☐ ตามชื่อ- ที่อยู่ ดังนี้.....
6. **รายละเอียดตัวอย่างและรายการสอบเทียบ/เครื่องมือที่ใช้** (ให้กรอกรายละเอียดในข้อ 6 หน้า 2/2)
6.1 จำนวนตัวอย่าง..... ตัวอย่าง.....
6.2 ความต้องการมาเผื่อระวางการสอบเทียบ ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ
6.3 การรับรายงานผลการสอบเทียบ : ☐ มารับเอง ☐ ส่งทางไปรษณีย์
6.4 การชำระเงิน ☐ เงินสด ☐ เงินโอน (แบบหลักฐาน) ☐ เช็ค (แบบหลักฐาน) ☐ เงินโอน (แบบหลักฐาน)
6.5 ความต้องการอื่นๆ (ระบุ).....
6.6 เกณฑ์การตัดสินใจ ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ โปรดระบุเกณฑ์ ☐ เกณฑ์ห้องปฏิบัติการ ☐ เกณฑ์มาตรฐาน..... ☐ เกณฑ์ของผู้ขอรับบริการ.....
6.7 **เฉพาะกรณีผู้ขอรับบริการจากหน่วยงานภายใน :** ข้าพเจ้ายินดีที่จะชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการของศูนย์เครื่องมือฯ ภายในวันที่.....
โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายคือ.....หากพ้นกำหนดระยะเวลาที่กำหนดไว้ข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ มทส.
หักเงินเดือนหรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีอยู่กับ มทส. เพื่อนำมาชำระหนี้ดังกล่าว
- 6.8 ข้าพเจ้าได้ทราบระเบียบการขอรับบริการ แล้วยินดีปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ.....ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา (เฉพาะผู้ขอรับบริการภายใน)
(.....)
...../...../.....

ส่วนที่ 2 (สำหรับพนักงานกรอก) รายละเอียดของการทบทวนคำขอรับบริการ

1. **รายการสอบเทียบ/วิธีสอบเทียบ/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/อภิปรายกับผู้ขอรับบริการ**.....
4. **การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของการทบทวน (ถ้ามี)**.....
5. **สรุปผลการทบทวนของห้องปฏิบัติการ** ☐ ไม่พร้อมและปฏิเสธ ☐ มีความพร้อมรับงาน และนัดรับรายงานผลวันที่.....
6. ☐ กรณีมีการเบี่ยงเบนไปจากคำขอรับบริการ : ได้แจ้งผู้ขอรับบริการเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อ วันที่.....
☐ กรณีมีการแก้ไขเพิ่มเติมหลังจากงาน ได้เริ่มแล้ว ระบุ.....
☐ ได้ทบทวนคำขอรับบริการใหม่ตั้งแต่ต้นแล้ว สามารถให้บริการได้ และได้แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

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



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)

1. ความเห็นของหัวหน้าฝ่าย

☐ สมควรอนุมัติ

☐ อื่นๆ

.....
(.....)
หัวหน้าฝ่าย
...../...../.....

2. การพิจารณาอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

.....
(.....)
หัวหน้ากลุ่มงาน.....
...../...../.....