

ใบคำขอรับบริการตรวจวิเคราะห์ทางจุลชีววิทยา (FM-IC-54) ของห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ทางจุลชีววิทยา
ศูนย์ฉายรังสี สถาบันเทคโนโลยีนิวเคลียร์แห่งชาติ (องค์การมหาชน)

สำหรับเจ้าหน้าที่		
Request No.	LABXXX/64	
วันที่รับ	XX พ.ย. 63	ใบส่งงาน XXX
วันที่ฉายรังสี	XX พ.ย. 63	(ถ้ามี)

ส่วนที่ 1 ผู้ขอรับบริการ: **หากต้องการรายงานผลวิเคราะห์เป็นภาษาอังกฤษกรุณากรอกชื่อ-ที่อยู่เป็นภาษาอังกฤษ**

1.1 ชื่อที่อยู่ในการออกใบแจ้งหนี้/ใบเสร็จรับเงิน/รายงานผลการวิเคราะห์

ชื่อบริษัท/บุคคล (ภาษาไทย)	บริษัท โชคดี จำกัด	เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร(TAX ID)	542 9856 999 6
(Name) (English)		สาขาที่	สำนักงานใหญ่
ที่อยู่ (Address) (ภาษาไทย)	123 ถ. มหาโชค ต. รวยเลิศ อ. ร่ำรวย จ. อำนาจเจริญ 22000		
(Address) (English)			
โทรศัพท์ (Phone No.)	048-136485	โทรสาร (Fax No.)	-
E-mail address:	lucky999@gmail.com		

1.2 ชื่อผู้ติดต่อ (กรณีที่มีปัญหา หรือฉุกเฉิน โดยสามารถติดต่อได้ตลอดเวลา)

ชื่อ (Name)	นายนำโชค	นามสกุล (Surname)	กุศล	E-mail address:	lucky999@gmail.com
โทรศัพท์ (Phone No.)	048-136485	มือถือ (Mobile No.)	061-222 7845	โทรสาร (Fax No.)	-

ส่วนที่ 2 ตัวอย่างที่จัดส่งวิเคราะห์ (Samples)

2.1 ตัวอย่างที่จัดส่งจำนวน	4	ตัวอย่าง	**กรณีตรวจก่อนฉายรังสีและหลังฉายรังสีนับเป็น 2 ตัวอย่าง**		
2.2 วันที่ขอส่งตัวอย่างและรับผลการวิเคราะห์	วันที่ขอส่งตัวอย่าง	10 ต.ค. 64	วันที่ขอรับผลวิเคราะห์	1 พ.ย. 64	
2.3 ท่านต้องการรายงานผลการวิเคราะห์เป็นภาษา	<input checked="" type="checkbox"/> ไทย (Thai)	<input type="checkbox"/> อังกฤษ			
2.4 รูปแบบการจัดส่งรายงาน	<input type="checkbox"/> รับผลด้วยตนเอง	<input checked="" type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ส่วนที่ 1			
<input type="checkbox"/> จัดส่งที่อยู่อื่น ๆ ระบุ					
2.5 ท่านต้องการให้กำหนดปริมาณรังสีให้ ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ	<input checked="" type="checkbox"/> ต้องการ (ระบุชื่อมาตรฐาน พร้อมแนบมาตรฐาน (ถ้ามี))	-		
(เช่นเกณฑ์มาตรฐานของบริษัทท่านหรือเกณฑ์ของลูกค้า, ตามมาตรฐาน ISO หรือ มอก. หรือ มผช. โปรดระบุหมายเลข ISO มอก. มผช. ด้วย หรือมาตรฐานอื่นๆ)					
กรณีไม่แนบมาตรฐาน โปรดระบุรายละเอียดของเกณฑ์ จำนวน	Total Plate Count < 10 CFU/g		โคโลนีต่อกรัม		
ต้องไม่พบเชื้อดังต่อไปนี้	Salmonella spp.				
(เช่น Total Plate Count < 10 CFU/g หรือ Total Yeast and Mold Count < 10 หรือ ไม่พบเชื้อ Clostridium spp. หรือไม่พบเชื้อ E-coli เป็นต้น)					
2.6 ในรายงานผลการวิเคราะห์	ท่านต้องการให้ห้องปฏิบัติการระบุว่ามีผลสอดคล้องตามมาตรฐานที่กำหนดในข้อ 2.5 หรือไม่		<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ต้องการ	<input type="checkbox"/> ต้องการ	

ขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกในส่วนที่ 1-2 เป็นความจริงและความประสงค์ของข้าพเจ้า

****ใบคำขอมีจำนวน 2 หน้า กรุณากรอก
รายละเอียดตัวอย่างในส่วนที่ 3 ในหน้าที่ 2****

นายนำโชค กุศล
วันที่ 1 ต.ค. 64
ชื่อสกุลผู้ขอรับบริการ
(Date of request)

ลูกค้าทุกท่านโปรดอ่านก่อนรับบริการคำแนะนำและเงื่อนไขข้อปฏิบัติสำหรับผู้ขอรับบริการ

ผู้ให้บริการจะถือเป็นคำขอที่สมบูรณ์และยอมรับดำเนินการให้บริการก็ต่อเมื่อได้รับค่าบริการจากผู้ขอรับบริการตามอัตราที่กำหนดแล้ว โดยจะดำเนินการให้แล้วเสร็จและออกหนังสือแจ้งผลให้ผู้ขอรับบริการภายใน 20 วันทำการนับแต่วันที่ได้รับตัวอย่างที่ห้องปฏิบัติการและชำระค่าบริการแล้ว หรือภายใน 20 วันทำการนับจากวันที่ฉายรังสี เว้นแต่เป็นการขอความอนุเคราะห์จากส่วนราชการให้ดำเนินการตามที่ร้องขอและเรียกชำระค่าบริการตามอัตราที่กำหนด ข้อสงวนสิทธิ์: หนังสือแจ้งผลการตรวจวิเคราะห์ เป็นเพียงเอกสารซึ่งได้ออกให้แก่ผู้ขอรับบริการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการแจ้งข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์เฉพาะตัวอย่างซึ่งผู้ขอได้นำมาส่งมอบให้ทำการตรวจวิเคราะห์ ภายใต้สถานะและมาตรฐานวิธีทดสอบตามเงื่อนไขที่ผู้ให้บริการกำหนดเพื่อประโยชน์ของการให้บริการ หากท่านต้องการให้รายงานผลว่ามีความสอดคล้องกับเกณฑ์ (specification) หรือมาตรฐาน (Standard) เช่น ผ่านหรือไม่ผ่าน อยู่ในเกณฑ์หรือออกนอกเกณฑ์ จะต้องแจ้งความประสงค์ให้ห้องปฏิบัติการทราบ การให้บริการไม่ถือเป็นการรับรอง ยืนยันจากผู้ให้บริการ อันอาจสามารถนำไปขยายผลสรุปการตรวจวิเคราะห์หรือนำข้อมูลนี้ไปใช้ในวัตถุประสงค์อื่นได้นอกเหนือจากที่ระบุไว้ได้ทั้งสิ้น ผู้ให้บริการ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการนำข้อมูลนี้ไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นใดที่นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ตามที่ระบุนี้ ไม่ว่าจะนำชื่อ หรือสัญลักษณ์ (โลโก้) ของ ผู้ให้บริการ ไปใช้หรืออ้างอิงไปใช้ หรือ นำไปใช้ในลักษณะอื่นใด ไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อม โดยปราศจากความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ให้บริการ ทั้งนี้ห้องปฏิบัติการจะต้องรับผิดชอบในการบริหารจัดการข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากกิจกรรมของห้องปฏิบัติการ ห้องปฏิบัติการจะต้องแจ้งให้ลูกค้าให้ทราบล่วงหน้าหากจะมีการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะ ข้อมูลอื่นๆ ถูกจัดให้เป็นข้อมูลที่เป็นกรรมสิทธิ์ของลูกค้าและจะต้องถือเป็นความลับ

ผลการทบทวนคำขอรับบริการ (สำหรับเจ้าหน้าที่) ในขอบข่าย นอกขอบข่าย ที่ได้รับการรับรอง ISO17025

1.พิจารณาความพร้อม	<input type="checkbox"/> ความพร้อมผู้ปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ช่วงเวลาที่ปฏิบัติงานได้	<input type="checkbox"/> สภาพเครื่องมือ/อุปกรณ์	<input type="checkbox"/> ความพอเพียงวัสดุ	<input type="checkbox"/> สภาพแวดล้อม สถานที่	<input type="checkbox"/> วิธีทดสอบที่ใช้
2.วันที่สามารถดำเนินการได้	2.1 ห้องปฏิบัติการขอให้ส่งตัวอย่างวันที่		2.2 ห้องปฏิบัติการสามารถส่งผลการวิเคราะห์ให้วันที่			
3.กรณีที่ลูกค้าต้องการให้ห้องปฏิบัติการระบุว่ามีผลสอดคล้องตามมาตรฐานที่กำหนดในรายงานผลการวิเคราะห์ (เฉพาะในขอบข่าย ISO17025 เท่านั้น)						
ลูกค้าต้องการให้ห้องปฏิบัติการนำค่า Uncertainty	<input type="checkbox"/> ไม่นำมาคิด	<input type="checkbox"/> นำมาใช้ด้วย	โดยต้องการที่ระดับความเชื่อมั่นที่			
ได้ทบทวนความต้องการของลูกค้าในการพิจารณาความสอดคล้องตามมาตรฐาน	เรียบร้อยแล้วเมื่อวันที่	เวลา	ลงชื่อผู้ทบทวน			

<input type="checkbox"/> ได้รับชำระเงินแล้วเมื่อวันที่	<input type="checkbox"/> ขอความอนุเคราะห์	<input type="checkbox"/> อื่นๆ				
ค่าบริการจำนวนเงิน	บาท	ลงชื่อ	เจ้าหน้าที่บริหาร	ลงชื่อ	ห้องปฏิบัติการ	
		วันที่		วันที่		

ส่วนที่ 3 รายละเอียดตัวอย่างชื่อตัวอย่าง **หากต้องการรายงานผลวิเคราะห์เป็นภาษาอังกฤษกรุณากรอกเป็นภาษาอังกฤษ**

Request No. LABXXX/64 วันที่รับ XX พ.ย. 63 ใบส่งงานเลขที่ XXX วันที่ขายรังสี (ถ้ามี) XX พ.ย. 63
(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)

ลำดับที่		ชื่อตัวอย่าง		สถานะ	Lot no/Mfg date	เก็บที่	รายการตรวจวิเคราะห์							
1	4			ก่อนฉาย	25/09/2021	อุณหภูมิห้อง	1	2	3	4	5	6	7	8
		ซาโบหม่อน					1.TPC (รายงานตามค่าจริง)	2.TYM (รายงานตามค่าจริง)						
		ลักษณะตัวอย่าง	ผงแห้ง	หมายเหตุ										

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก รหัสต.ย. ผลการตรวจสอบ ต.ย. - สำหรับจนท.บริหารงาน 1.ลำดับที่ และ 2. กรณีค่าบริการเป็น Package : Package ที่

ลำดับที่		ชื่อตัวอย่าง		สถานะ	Lot no/Mfg date	เก็บที่	รายการตรวจวิเคราะห์							
2	4			หลังฉาย	25/09/2021	อุณหภูมิห้อง	1	2	3	4	5	6	7	8
		ซาโบหม่อน					1.TPC (รายงานตามค่าจริง)	2.TYM (รายงานตามค่าจริง)	12.Clostridium spp. พบ/ไม่พบ	8. Salmonella spp. พบ/ไม่พบ				
		ลักษณะตัวอย่าง	ผงแห้ง	หมายเหตุ										

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก รหัสต.ย. ผลการตรวจสอบ ต.ย. - สำหรับจนท.บริหารงาน 1.ลำดับที่ และ 2. กรณีค่าบริการเป็น Package : Package ที่

ลำดับที่		ชื่อตัวอย่าง		สถานะ	Lot no/Mfg date	เก็บที่	รายการตรวจวิเคราะห์							
3	4			ก่อนฉาย	29/09/2021	อุณหภูมิห้อง	1	2	3	4	5	6	7	8
		เก็กฮวย					1.TPC (รายงานตามค่าจริง)	2.TYM (รายงานตามค่าจริง)						
		ลักษณะตัวอย่าง	ดอกไม้แห้ง	หมายเหตุ										

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก รหัสต.ย. ผลการตรวจสอบ ต.ย. - สำหรับจนท.บริหารงาน 1.ลำดับที่ และ 2. กรณีค่าบริการเป็น Package : Package ที่

ลำดับที่		ชื่อตัวอย่าง		สถานะ	Lot no/Mfg date	เก็บที่	รายการตรวจวิเคราะห์							
4	4			หลังฉาย	25/05/2021	อุณหภูมิห้อง	1	2	3	4	5	6	7	8
		เก็กฮวย					1.TPC (รายงานตามค่าจริง)	2.TYM (รายงานตามค่าจริง)	12.Clostridium spp. พบ/ไม่พบ	8. Salmonella spp. พบ/ไม่พบ				
		ลักษณะตัวอย่าง	ดอกไม้แห้ง	หมายเหตุ										

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก รหัสต.ย. ผลการตรวจสอบ ต.ย. - สำหรับจนท.บริหารงาน 1.ลำดับที่ และ 2. กรณีค่าบริการเป็น Package : Package ที่

ลำดับที่		ชื่อตัวอย่าง		สถานะ	Lot no/Mfg date	เก็บที่	1	2	3	4	5	6	7	8