



เลขที่รับศจ.
เลขที่ขอรับบริการ ศจ./TA No :.....
วันที่รับตัวอย่าง/Received date:.....
เวลา/Time.....

แบบขอรับบริการตรวจวัดการปนเปื้อนสารกัมมันตรังสี(ในชิ้นตัวอย่าง) / TEST APPLICATION

(หากท่านต้องการรายละเอียดเป็นภาษาอังกฤษโปรดกรอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษ / If test report in English is required please fill this form in English)

<p>วันที่</p> <p>เรื่อง ขอรับบริการตรวจวัดการปนเปื้อนสารกัมมันตรังสี(ในชิ้นตัวอย่าง)</p> <p>เรียน ศูนย์จัดการกากกัมมันตรังสี</p> <p>ด้วย <input type="checkbox"/> นาย/นาง/นางสาว <input type="checkbox"/> บริษัท/ห้างหุ้นส่วนจำกัด <input type="checkbox"/> หน่วยงานอื่นๆ(โปรดระบุ)</p> <p>(ชื่อที่ต้องการให้ระบุในแบบรายงานผล/ใบกำกับภาษี).....</p> <p>ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....</p> <p>มีความประสงค์ขอให้สถาบันฯ ตรวจวัดตัวอย่างตามที่ได้จัดส่งมาพร้อมหนังสือแนบ (ถ้ามี) ดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ตรวจวัดการปนเปื้อนสารกัมมันตรังสี(ในชิ้นตัวอย่าง)</p> <p>(Radioactive Contamination Monitoring Services)</p>	<p>รายละเอียดใบรายงานผลการวิเคราะห์ / Analysis report detail [1]</p> <p><input type="checkbox"/> ภาษาไทย/Thai <input type="checkbox"/> ภาษาอังกฤษ/English*</p> <p><input type="checkbox"/> มารับผลเอง/By hand <input type="checkbox"/> ส่งทางไปรษณีย์/By mail</p> <p>*รายงานผลวิเคราะห์ให้นับภาษาอังกฤษคิดค่าบริการเพิ่มฉบับละ 100 บาท(ยังไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%) /Additional 100 baht for English analysis report (price exclude 7% VAT)</p> <p><input type="checkbox"/> โทรสาร/Fax No..... <input type="checkbox"/> อีเมลล์/Email.....</p> <p>วันที่รับผลวิเคราะห์ /Due date:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">การเก็บรักษาตัวอย่าง [2]</td> <td style="width: 50%;">ตัวอย่างหลังการวิเคราะห์/ทดสอบ [3]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> อุณหภูมิห้อง / Room temp</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่ขอรับคืน</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> อื่นๆ</td> <td><input type="checkbox"/> ขอรับคืน (ภายใน 15 วัน หลังการทดสอบ)</td> </tr> </table> <p>บุคคลที่สถาบันฯสามารถติดต่อได้ [4]</p> <p>ชื่อ โทรศัพท์.....</p> <p>อ้างอิงใบเสร็จรับเงินเลขที่ /Receipt No.</p> <p>ติดต่อเจ้าหน้าที่สถาบันฯ.ชื่อ.....</p> <p>*หากไม่ระบุ ใน [1], [2], [3] สถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการดำเนินการ</p>	การเก็บรักษาตัวอย่าง [2]	ตัวอย่างหลังการวิเคราะห์/ทดสอบ [3]	<input type="checkbox"/> อุณหภูมิห้อง / Room temp	<input type="checkbox"/> ไม่ขอรับคืน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ	<input type="checkbox"/> ขอรับคืน (ภายใน 15 วัน หลังการทดสอบ)
การเก็บรักษาตัวอย่าง [2]	ตัวอย่างหลังการวิเคราะห์/ทดสอบ [3]						
<input type="checkbox"/> อุณหภูมิห้อง / Room temp	<input type="checkbox"/> ไม่ขอรับคืน						
<input type="checkbox"/> อื่นๆ	<input type="checkbox"/> ขอรับคืน (ภายใน 15 วัน หลังการทดสอบ)						

ลำดับที่	ชื่อตัวอย่าง (Sample name)	รหัสตัวอย่าง (ลูกแก้ว)	จำนวนตัวอย่าง (ชิ้น)	รายการทดสอบ (* โปรดระบุเรดิโอไอโซโทป)			สำหรับเจ้าหน้าที่ สทท.	
				¹³⁷ Cs	⁶⁰ Co	Other	ลักษณะตัวอย่าง (เช่น โฟม, สาลี, กระดาษ, เครื่องมือ)	ราคา/Price (บาท)

<p>ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าบริการตรวจวัดการปนเปื้อนสารกัมมันตรังสีตามอัตราที่สถาบันฯ กำหนดทุกประการ</p> <p>จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบคุณยิ่ง ขอแสดงความนับถือ</p> <p>ลงชื่อผู้ส่งตัวอย่าง (.....)</p> <p>หมายเหตุ/Remark:.....</p>	<p>เสนอ ฝากคลัง</p> <p>โปรดรับเงินค่าบริการตรวจวัดฯสำหรับตัวอย่างข้างต้น</p> <p>ฝ่ายการคลังได้รับเงิน.....บาทแล้ว</p> <p>ตามใบเสร็จเลขที่..... เล่มที่</p> <p>ลงชื่อผู้รับเงิน (.....)</p> <p>วันที่</p>	<p>ราคา/price</p> <p>Vat %</p> <p>ราคารวม/Total price</p> <p>ลงชื่อผู้รับตัวอย่าง (.....)</p> <p>ศูนย์บริการเปิดเสร็จ</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>เจ้าหน้าที่ ศจ.</p> <p><input type="checkbox"/> ตรวจสอบแล้วถูกต้อง.....</p> <p>ลงชื่อผู้รับตัวอย่าง</p> <p>วันที่รับตัวอย่าง...../...../.....</p>	<p>เรียน นวท.</p> <p>เพื่อ โปรดทราบและดำเนินการ</p> <p>ลงชื่อ.....ผศจ.</p> <p>วันที่</p>	<p>สำหรับห้องปฏิบัติการ</p> <p>ลงชื่อ..... ผู้รับวิเคราะห์</p> <p>วันที่รับวิเคราะห์...../...../.....</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ กรุณาติดต่อสอบถามเจ้าหน้าที่ภายใน 15 วัน นับจากวันที่ได้รับผลการวิเคราะห์ โทรศัพท์ 02 401-9889 ต่อ 5901