



ชั้น 17 อาคารมหาชิรุมหิศ ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์/โทรสาร 02-2185080/02-2527576

ใบคำขอรับบริการ

ต้องการผลการทดสอบเป็นภาษา	<input type="checkbox"/> ไทย	<input type="checkbox"/> อังกฤษ	วันที่ :
1. ผู้ขอรับบริการ :			
ที่อยู่ :			
2. ที่อยู่สำหรับออกใบรายงานผลการทดสอบ		3. ที่อยู่สำหรับออกใบกำกับภาษี	
<input type="checkbox"/> เหมือนข้อ 1		<input type="checkbox"/> เหมือนข้อ 1	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)		<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)	
ชื่อ - สกุลผู้ติดต่อ :		ตำแหน่ง :	
โทรศัพท์ :		โทรสาร :	
		E-mail :	

สำหรับลูกค้า				สำหรับเจ้าหน้าที่		
ลำดับที่	ชื่อตัวอย่าง / Lot no.	จำนวน	รายการที่ขอรับบริการ	รายละเอียดตัวอย่าง	อุณหภูมิเก็บรักษา	รหัสตัวอย่าง

หมายเหตุ :

ค่าบริการทดสอบ.....บาท ราคารวมบาท

โดยข้าพเจ้ายินดีชำระค่าบริการตามระเบียบของห้องปฏิบัติการงานบริการวิชาการ ภาควิชาจุลชีววิทยา

- ตัวอย่างที่นำมาขอรับบริการ ไม่ขอรับคืน ขอรับคืน ภายใน 30 วัน หลังจากรับใบรายงานผลการทดสอบ
- ผลการทดสอบ มารับด้วยตนเอง ส่งให้ทางไปรษณีย์ (ค่าบริการจัดส่งลงทะเบียนครั้งละ 30 บาท)
- ส่งให้ทาง e-mail CD รูปผล

รายงานผลทดสอบจะไม่มีบริการด้านการให้ความเห็นและการแปลผล

ลงชื่อผู้ขอรับบริการ (สำหรับลูกค้า) (.....) วันที่/...../.....	ลงชื่อผู้รับคำขอ (สำหรับเจ้าหน้าที่) (.....) วันที่/...../.....
---	--

สำหรับเจ้าหน้าที่: <input type="checkbox"/> พร้อมทดสอบ <input type="checkbox"/> ไม่พร้อม เนื่องจาก..... ลงชื่อเจ้าหน้าที่ทดสอบ (.....) วันที่/...../.....	<input type="checkbox"/> รับตัวอย่างแล้ว สถานที่จัดเก็บห้อง.....
---	---



ห้องปฏิบัติการงานบริการวิชาการ ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หน้า/.....

เลขที่/.....

ชั้น 17 อาคารมหาชิรุมหิศ ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์/โทรสาร 02-2185080/02-2527576

ใบคำขอรับผลวิเคราะห์

ผู้ขอรับบริการ :

เครื่องมือวิเคราะห์ : จำนวนตัวอย่าง :

รับผลวิเคราะห์วันที่ :

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง
วันที่/...../.....