



ห้องปฏิบัติการงานบริการวิชาการ ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หน้า/.....
เลขที่/.....

ชั้น 17 อาคารมหาชิรณทศ ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร 02-2187165/02-2527576 โทรศัพท์มือถือ 087-6794114

ใบคำขอรับบริการ

ต้องการผลการทดสอบเป็นภาษา	☐ ไทย	☐ อังกฤษ	วันที่ :
1. ผู้ขอรับบริการ :			
ที่อยู่ :			
.....			
2. ชื่อและที่อยู่สำหรับออกใบรายงานผลการทดสอบ		3. ชื่อและที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ	
☐ เหมือนข้อ 1		☐ เหมือนข้อ 1	
☐ อื่นๆ (ระบุ)		☐ อื่นๆ (ระบุ)	
.....			
.....			
ชื่อ - สกุลผู้ติดต่อ :		ตำแหน่ง :	
โทรศัพท์ :		โทรสาร :	
		E-mail :	

สำหรับลูกค้า				สำหรับเจ้าหน้าที่		
ลำดับ ที่	ชื่อตัวอย่าง / Lot no.	จำนวน	รายการที่ขอรับบริการ	รายละเอียดตัวอย่าง	อุณหภูมิ เก็บรักษา	รหัสตัวอย่าง
หมายเหตุ :						

ค่าบริการทดสอบ.....บาท จำนวนตัวอย่าง.....ตัวอย่าง ราคารวมบาท

โดยข้าพเจ้ายินดีชำระค่าบริการตามระเบียบของห้องปฏิบัติการงานบริการวิชาการ ภาควิชาจุลชีววิทยา

ตัวอย่างที่นำมาขอรับบริการ ☐ ไม่ขอรับคืน ☐ ขอรับคืน ภายใน 30 วัน หลังจากรับใบรายงานผล (มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมกรณีให้จัดส่งทางไปรษณีย์)

ใบเสร็จ ☐ มารับด้วยตนเอง ☐ ส่งให้ทาง e-mail ☐ ส่งให้ทางไปรษณีย์ (ค่าบริการจัดส่งลงทะเบียนครั้งละ 30 บาท)

ผลการทดสอบ ☐ มารับด้วยตนเอง ☐ ส่งให้ทาง e-mail ☐ ส่งให้ทางไปรษณีย์ (ค่าบริการจัดส่งลงทะเบียนครั้งละ 30 บาท)

☐ รูปผล (รูปละ 5 บาท)

*หมายเหตุ รายงานผลทดสอบจะไม่มีบริการด้านการให้ความเห็นและการแปลผล

ไม่รับรองวัตถุหรือสินค้าที่ใช้รายงานนี้ในการโฆษณาหรืออ้างอิง

ห้ามทำสำเนารายงานฉบับนี้เพียงบางส่วนโดยไม่ได้รับอนุญาตอย่างเป็นทางการ

ข้าพเจ้าได้อ่านหมายเหตุและยินยอมทำตามเงื่อนไขที่ภาควิชากำหนด

ลงชื่อผู้ขอรับบริการ (สำหรับลูกค้า)

(.....) วันที่/...../.....

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

สำหรับเจ้าหน้าที่ : ☐ พร้อมทดสอบ ☐ ไม่พร้อม เนื่องจาก..... ลงชื่อเจ้าหน้าที่ทดสอบ (.....) วันที่/...../.....	☐ รับตัวอย่างแล้ว สถานที่จัดเก็บห้อง.....
--	---



เลขที่/.....

ชั้น 17 อาคารมหาชิรณทิต ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์/โทรสาร 02-2187165/02-2527576 โทรศัพท์มือถือ 087-6794114

ใบคำขอรับผลวิเคราะห์

ผู้ขอรับบริการ :

เครื่องมือวิเคราะห์ : จำนวนตัวอย่าง :

รับผลวิเคราะห์วันที่ :

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง

วันที่/...../.....