



# ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

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

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

## ใบคำขอรับบริการ

(สำหรับผู้ขอรับบริการกรอก)

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สถานที่ติดต่อ.....  
 เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....

2. มีความประสงค์  ขอรับบริการทดสอบ  ขอใช้เครื่องมือ(ระบุ).....  ขอรับบริการอื่นๆ (ระบุ).....

3. ประเภทผู้ขอรับบริการ  หน่วยงานภายใน  หน่วยงานภายนอก  
 การเรียน-การสอนวิชา.....รหัสวิชา.....  ราชการ (มีหนังสือรับรองลงนาม โดยหัวหน้าหน่วยงาน)  
 งานวิจัย/วิทยานิพนธ์ ชื่อ.....  มหาวิทยาลัยภาคี (มีหนังสือรับรองลงนามโดยหัวหน้าหน่วยงาน)  
 อื่นๆ.....  บริษัทเอกชน  บุคคลทั่วไป  อื่นๆ

4. ชื่อและที่อยู่ที่ต้องการให้ระบุในใบรายงานผลการทดสอบ (กรณีขอรายงานผลเป็นภาษาอังกฤษกรอกที่อยู่เป็นภาษาอังกฤษ)  
 ตามชื่อ-ที่อยู่ ที่ระบุ ข้อ 1.  ตามชื่อ- ที่อยู่ ดังนี้.....

5. รายละเอียดตัวอย่างและรายการทดสอบ/เครื่องมือที่ใช้ (ให้กรอกรายละเอียดใน หน้า 2/2)  
 การเก็บรักษาตัวอย่าง :  อุณหภูมิห้อง  แช่เย็น  แช่แข็ง      ความต้องการ Uncertainty:  ไม่ต้องการ  ต้องการ  
 ความต้องการตัวอย่างคืน :  ไม่ต้องการ  ต้องการ (ภายใน 10 วัน หลังออกรายงานผล)      จำนวนตัวอย่าง.....  
 ความต้องการมาเฟ้าระวางการทดสอบ  ต้องการ  ไม่ต้องการ      ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย.....  
 การรับรายงานผลการทดสอบ :  มารับเอง  ส่งทางไปรษณีย์      การชำระเงิน  เงินสด  เงินโอน (แบบหลักฐาน)  เช็ค (แบบหลักฐาน)  
 ความต้องการภาชนะบรรจุตัวอย่างคืน  ไม่ต้องการ  ต้องการ (ภายใน 30 วันนับจากวันที่ส่งตัวอย่าง)  
 เฉพาะกรณีผู้ขอรับบริการจากหน่วยงานภายใน : ข้าพเจ้ายินดีที่จะชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการของศูนย์เครื่องมือฯ ภายในวันที่.....  
 หากพ้นกำหนดระยะเวลาที่กำหนดไว้ข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ มทส. หักเงินเดือนหรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีอยู่กับ มทส. เพื่อนำมาชำระหนี้ดังกล่าว  
 ข้าพเจ้าได้ทราบระเบียบการขอรับบริการ แล้วยินดีปฏิบัติตามทุกประการ  
 ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ      ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา  
 (...../...../.....)      (...../...../.....)

(สำหรับพนักงานกรอก) รายละเอียดของการทบทวนคำขอรับบริการ      ■รายการทดสอบ/วิธีทดสอบ/เครื่องมือที่ใช้.....  
 คิดค่าใช้จ่ายในอัตรา :  1  2  3  4  5  6      ■.....  
 ค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น(อัตราเต็ม) .....      ■.....  
 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ถ้ามี (ระบุ) : .....      นัดรับรายงานผลวันที่.....  
 ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริง.....(.....)

6. รายละเอียดของการปรึกษาหารือ/ถกปัญหากับผู้ขอรับบริการ.....

7. การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของการทบทวน (ถ้ามี).....  
 สรุปผลการทบทวนห้องปฏิบัติการ  มีความพร้อม  ไม่พร้อม  ใช้งาน  ปฏิเสธ  
 กรณีการเบี่ยงเบนไปจากคำขอรับบริการ : ได้แจ้งผู้ขอรับบริการเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อ วันที่.....  กรณีมีการแก้ไขเพิ่มเติมหลังจากงานได้เริ่มแล้ว ระบุ.....  ได้ทบทวนใหม่ตั้งแต่ต้นแล้ว สามารถให้บริการได้ และได้แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ  
 ทบทวนโดย.....หัวหน้าห้องปฏิบัติการทดสอบ      ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา  
 (...../...../.....)      (...../...../.....)

### ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

<input type="checkbox"/> สมควรอนุมัติ <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่ายฯ (...../...../.....)	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงานฯ (...../...../.....)
--	--

หมายเหตุ : กรณีออกรายงานผลเป็นภาษาอังกฤษและต้องการค่า Uncertainty คิดค่าใช้จ่ายเพิ่ม

