



บริษัท เค.เอ็ม.พี.ไบโอเทค จำกัด  
K.M.P. BIOTECH CO., LTD.

ฟอร์มขอรับบริการทดสอบ ตัวอย่างอาหารสัตว์ โพรไบโอติกส์ (Request Form : Feed Probiotics) (F 11-1-1)

188/9 หมู่ที่ 2 ต.คลองตำหรุ อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี 20000 โทร. 0-3805-4036-38 แฟกซ์ : 0-3805-4040 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 0115543001982  
188/9 MOO 2, KHLONGTAMRU, MUEANGCHONBURI, CHONBURI 20000, THAILAND. TEL. 0-3805-4036-38 FAX: 0-3805-4040 TAX ID: 0115543001982

ชื่อบริษัท (Company name).....  
ที่อยู่ใบรายงานผล (Address for Test Report) .....

(ถ้าต้องการใบรายงานผลเป็นภาษาอังกฤษกรุณากรอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษ/ Please fill this form in English if is required test report in English)

ชื่อบริษัท/ที่อยู่สำหรับระบุใบแจ้งหนี้ (Company name /Address for Tax Invoice) :

ชื่อ/ที่อยู่ตามที่ระบุในใบรายงานผลการทดสอบ (Company name/Address for Test Report)

อื่นๆ โปรดระบุ (Other) : .....

ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อ (Contact person) : .....

ตำแหน่ง (Position) :..... โทรศัพท์ (Tel.) : .....

โทรสาร (Fax) :..... E-mail Address :.....

วิธีทดสอบ (method) :

- วิธีมาตรฐานของบริษัท  
 ตามวิธีที่ลูกค้าต้องการ (โปรดระบุ) : .....

วิธีอื่น ๆ (โปรดระบุ) : .....

ชนิดตัวอย่าง/จำนวน : จำนวนตัวอย่าง : .....ตัวอย่าง

- อาหารสัตว์ :  ชนิดผง :  ถูงพลาสติก  สิ้นค้าสำเร็จรูป  
 ชนิดน้ำ :  ขวดแก้ว  ขวดพลาสติก  
 สิ้นค้าสำเร็จรูป

อื่น ๆ (โปรดระบุ) : .....

ตัวอย่างหลังทดสอบ (Sample after testing) :

- ไม่ขอรับคืน (No Return)  รับคืนพร้อมใบรายงานผลการทดสอบ

ประเภทลูกค้า :

- ลูกค้าภายใน (Internal Customer) ฝ่าย.....  
 ลูกค้าภายนอก (External customers) โปรดระบุ : .....

วิธีส่งรายงานผลการทดสอบถึง : (send Report to) : .....

โดย/ by :

- มารับผลเอง /By hand  Fax : .....

คำขอเพิ่มเติม (Special Request) :

- Uncertainty (คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มจากค่าทดสอบ 200 บาท)

อื่น ๆ (โปรดระบุ) : .....

- รายการวิเคราะห์ (Analysis)
- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Bacillus</i> spp. (cfu/g or cfu/ml)                  | <input type="checkbox"/> <i>Pediococcus</i> spp. (cfu/g or cfu/ml)           | <input type="checkbox"/> <i>Clostridium perfringens</i> (cfu/g or cfu/ml)        | <input type="checkbox"/> <i>Salmonella</i> spp. (detected or not detected)               |
| <input type="checkbox"/> Mesophilic lactic acid bacteria (cfu/g or cfu/ml)       | <input type="checkbox"/> <i>Loctobacillus</i> spp. (cfu/g or cfu/ml)         | <input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus aureus</i> (detected or not detected) | <input type="radio"/> detected or not detected <input type="radio"/> confirmed serotype* |
| <input type="checkbox"/> Yeasts (cfu/g or cfu/ml)                                | <input type="checkbox"/> <i>Bifidobacterium</i> spp. (cfu/g or cfu/ml)*      | <input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus aureus</i> (cfu/g or cfu/ml)*         | <input type="checkbox"/> pH*   |
| <input type="checkbox"/> Moulds (cfu/g or cfu/ml)                                | <input type="checkbox"/> <i>Saccharomyces cerevisiae</i> (cfu/g or cfu/ml)*  | <input type="checkbox"/> Presumptive <i>E. coli</i> (MPN/g or MPN/ml)            | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ : *.....  |
| <input type="checkbox"/> <i>Enterococcus (E. faecium)</i> spp. (cfu/g or cfu/ml) | <input type="checkbox"/> <i>Clostridium</i> spp. (cfu/g or cfu/ml)*          | <input type="checkbox"/> Coliforms (MPN/g or MPN/ml)                             |  |
| <input type="checkbox"/> Total Plate Count (cfu/g or cfu/ml)                     | <input type="checkbox"/> <i>Clostridium</i> spp. (detected or not detected)* | <input type="checkbox"/> <i>Bacillus coagulans</i> (cfu/g or cfu/ml)*            |  |

สำหรับเจ้าหน้าที่ (Staff only)		รายละเอียดตัวอย่าง (Sample Information)	รุ่นการผลิต (Lot.)	รายละเอียดวันที่		พื้นที่/การเก็บตัวอย่าง จำนวนตัวอย่าง/การเก็บตัวอย่าง (Quantity)	วันที่เก็บตัวอย่าง (Sampling Date)	จำนวนภาชนะบรรจุ ต่อหนึ่งตัวอย่าง (Unit)
ลำดับที่ (No.)	หมายเลขตัวอย่าง (ID No.)			วันผลิต (MFG)	วันหมดอายุ (EXP)			

หมายเหตุ : เครื่องหมาย \* คือรายการทดสอบที่ไม่ได้รับการรับรอง ISO/IEC 17025 : 2017 จากกองบริหารและรับรองห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์บริการ

เงื่อนไขการบริการ:  
1. การดำเนินการตามปกติเสร็จภายในระยะเวลา 12 วันทำการ หากต้องการผลทดสอบเร็วกว่าที่กำหนดต้องแจ้งล่วงหน้า  
2. โปรดนำสำเนาเอกสารฉบับนี้ มาขอรับรายงานผลการทดสอบ กรณีไม่รับตัวอย่างคืนห้องปฏิบัติการจะเก็บตัวอย่างไว้ตามเวลาที่กำหนดจากนั้นจะทำลายทิ้ง ขอให้ห้องปฏิบัติการดำเนินการทดสอบตามรายการข้างต้น โดยที่ข้าพเจ้าได้อ่านเงื่อนไขการให้บริการของห้องปฏิบัติการแล้วยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขทุกประการ

ผู้ขอรับบริการยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลด้านวิชาการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการทดสอบ ได้แก่ ฟอร์มขอรับบริการทดสอบจนถึงรายงานผลการทดสอบ รวมถึงข้อมูลชื่อโรงเรียน ผู้ร้องเรียนเมื่อมีการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอก เช่น Accreditation Body (AB), Certification Body (CB), Internal auditor และหน่วยงานที่กำกับดูแลกฎหมาย เป็นต้น  ผู้ขอรับบริการ (Send by): ลงชื่อ (name) : ..... เบอร์โทร (Tel no) : .....วันที่ขอรับบริการ (Date) : .....	<b>สำหรับเจ้าหน้าที่ (Staff only)</b>	
	<b>ผู้รับตัวอย่าง :</b> ลงชื่อ : ..... วันที่รับตัวอย่าง : ..... เวลา : .....	<b>สภาพตัวอย่าง :</b> <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (โปรดระบุ) : ..... <b>การเก็บรักษาตัวอย่าง :</b> <input type="checkbox"/> อุณหภูมิห้อง <input type="checkbox"/> แช่เย็น (1-5°C) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (-18°C) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ) : .....