



บริษัท เค.เอ็ม.พี.ไบโอเทค จำกัด

K.M.P. BIOTECH CO., LTD.

ฟอร์มขอรับบริการทดสอบ ตัวอย่างน้ำ (Request Form : Water) (F 11-1-2)

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).....

ที่อยู่ในใบรายงานผล (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

น้ำ (โปรดระบุ) : บรรจุในขวดแก้ว บรรจุในขวดพลาสติก

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 :

ไปรษณีย์ตามที่อยู่ (By mail) E-mail :

อื่น ๆ (Other)

คำขอเพิ่มเติม (Special Request) :

Uncertainty (คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มจากค่าทดสอบ 200 บาท)

อื่น ๆ (โปรดระบุ) :

รายการวิเคราะห์ (Analysis)

Heterotrophic plate count (cfu/ml)

Coliforms (MPN/100 ml) (5 tubes/dilution)

Coliforms (MPN/100 ml) (10 tubes-10 ml portions)*

Coliforms (detected or not detected /100 ml)*

E. coli (MPN/100 ml) (5 tubes/dilution)

E. coli (detected or not detected /100 ml)*

Clostridium perfringens (cfu/100 ml)

Clostridium perfringens (detected or not detected /100 ml)*

Staphylococcus aureus (detected or not detected /100 ml) *

Salmonella spp.

detected or not detected confirmed serotype*

pH*

Conductivity*

Chlorine*

Total hardness*

อื่น ๆ (ระบุ)*.....

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) :

สำหรับเจ้าหน้าที่ (Staff only)
ผู้รับตัวอย่าง :
ลงชื่อ :
วันที่รับตัวอย่าง :
เวลา :
สภาพตัวอย่าง :
 ปกติ ผิดปกติ (โปรดระบุ) :
การเก็บรักษาตัวอย่าง :
 อุณหภูมิห้อง แช่เย็น (1-5°C) แช่แข็ง (-18°C)
 อื่น ๆ (โปรดระบุ) :

บัญชีและการเงิน ใบแจ้งหนี้เลขที่.....
หมายเหตุ (Remark) :
.....