



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

ฟอร์มขอรับบริการทดสอบ ตัวอย่างมูลสัตว์และวัสดุปนเปื้อนมูลสัตว์ที่มาจากฟาร์ม (F 11-1-3)

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)

(ถ้าต้องการใบรายงานผลเป็นภาษาอังกฤษกรุณามกรอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษ/ 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) :
 วิธียมาตรฐานของบริษัท
 ตามวิธีที่ลูกค้าต้องการ (โปรดระบุ) :

วิธีอื่น ๆ (โปรดระบุ) :

ชนิดตัวอย่าง/จำนวน : จำนวนตัวอย่าง :ตัวอย่าง
 มูลสัตว์
 วัสดุปนเปื้อนมูลสัตว์ที่มาจากฟาร์ม (โปรดระบุ) :

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)
 Salmonella spp. (detected or not detected) Total Plate Count (cfu/g or cfu/ml)* Coliforms (MPN/g or MPN/ml)* Salmonella spp. (MPN/g)*
 detected or not detected confirmed serotype* E. coli (MPN/g or MPN/ml)* อื่น ๆ โปรดระบุ* :

สำหรับเจ้าหน้าที่ (Staff only)		รายละเอียดตัวอย่าง (Sample Information)	พื้นที่/การเก็บตัวอย่าง จำนวนตัวอย่าง/การเก็บตัวอย่าง (Quantity)	วันที่เก็บตัวอย่าง (Sampling Date)	จำนวนภาชนะบรรจุ ต่อหนึ่งตัวอย่าง (Unit)
ลำดับที่ (No.)	หมายเลขตัวอย่าง (ID No.)				

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

เงื่อนไขการบริการ:
 1. การดำเนินการตามปกติเสร็จภายในระยะเวลา 12 วันทำการ หากต้องการผลทดสอบเร็วกว่าที่กำหนดแจ้งล่วงหน้า
 2. โปรดนำสำเนาเอกสารฉบับนี้ มาขอรับรายงานผลการทดสอบ กรณีไม่รับตัวอย่างคืนห้องปฏิบัติการจะเก็บตัวอย่างไว้ตามเวลาที่กำหนดจากนั้นทำลายทิ้ง 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 : <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (โปรดระบุ) : การเก็บรักษาตัวอย่าง : <input type="checkbox"/> อุณหภูมิห้อง <input type="checkbox"/> แช่เย็น (1-5°C) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (-18°C) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ) :