

ตัวอย่างการกรอกใบคำขอรับบริการ : กรณีส่งวิเคราะห์/ทดสอบ ตามประกาศ อย. ฉบับต่างๆ

FS-09 (Version4)

วันที่อนุมัติ : 6 มี.ค. 2560



ศูนย์บริการประกันคุณภาพอาหาร
สถาบันค้นคว้าและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เลขที่ 50 ถนนงามวงศ์วาน แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900
โทรศัพท์ 0 2942 8629 ต่อ 1800, 1811 โทรสาร 0 2942 7601
Website : www.fga-ifrpd.com, E-mail : ifrfga@yahoo.com, ifrfga@ku.ac.th

ใบคำขอรับบริการ

แนบใบรายงานผล

ชื่อ-นามสกุล ผู้ส่งตัวอย่าง : นางสาวบี นามสมมุติ วันที่ 17 เดือน ก.ค. พ.ศ. 2561
 ต้องการใบรายงานผลเป็น ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ (กรณีขอใบรายงานผลทั้ง 2 ภาษาคิดเพิ่ม 200 บาท / ฉลากฯ เพิ่ม 500 บาท)
 ให้ออกใบรายงานผลในนามของ (ภาษาไทย) : บริษัท เอบี จำกัด (มหาชน) (<นามสมมุติ)
 ที่อยู่ เลขที่ 50 หมู่ที่ - ต. ตรอก/ซอย - ถนน งามวงศ์วาน แขวง/ตำบล ลาดยาว
 เขต/อำเภอ จตุจักร จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10900
 ให้ออกใบรายงานผลในนามของ (ภาษาอังกฤษ) : - (กรณีขอใบรายงานผลฯ ฉบับภาษาอังกฤษ ให้กรอกข้อมูลภาษาอังกฤษเพิ่ม)
 ชื่อ-ที่อยู่ ผู้ผลิตตัวอย่าง (ภาษาไทย) : บริษัท เอบี จำกัด (มหาชน) (<นามสมมุติ)
เลขที่ 50 อ.งามวงศ์วาน แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
 ชื่อ-ที่อยู่ ผู้ผลิตตัวอย่าง (ภาษาอังกฤษ) : - (กรณีขอใบรายงานผลฯ ฉบับภาษาอังกฤษ ให้กรอกข้อมูลภาษาอังกฤษเพิ่ม)
 ชื่อ-ที่อยู่ สำหรับรับเอกสาร : - (กรณีให้ส่งใบรายงานผลฯ ทางไปรษณีย์ กรอกข้อมูลชื่อที่อยู่สำหรับรับเอกสารเพิ่มเติม)
 ชื่อ - สกุล ผู้ติดต่อ : นางสาวบี นามสมมุติ ตำแหน่ง : -
 โทรศัพท์/มือถือ : 087-586-9690 โทรสาร : - E-mail : B_AC@gmail.com
 มีความประสงค์ขอรับบริการ งานบริการทดสอบ อื่นๆ (ระบุ)

ลำดับที่	ชื่อตัวอย่าง และ/หรือ รหัสตัวอย่าง	จำนวน	ภาชนะบรรจุ	ขนาดบรรจุ	รายการทดสอบ	เลขคำขอรับบริการ
1	FQA (ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร)	22	ขวดพลาสติก	30 แคปซูล /	ตรวจวิเคราะห์ตาม	
			สีขาวปิดสนิท	ขวด	ประกาศ สธ. ฉบับที่ 293	
	FQA (Food Dietary Supplement product)			(800 มก./แคปซูล)	เรื่อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	
	(กรณีขอใบรายงานผลฯ ฉบับภาษาอังกฤษ			(นน.รวมเปลือกแคปซูล)		
	ให้แจ้งชื่อตัวอย่างภาษาอังกฤษเพิ่มเติม)					

***กรณีเขียนผิด ให้ขีดฆ่าคำที่เขียนผิด แล้วลงนามกำกับตรงจุดที่ขีดฆ่า เช่น FQA, FOA (ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร) (ห้ามใช้น้ำยาลบคำผิด)**

สำหรับเจ้าหน้าที่

สภาพตัวอย่าง ปกติ ไม่ปกติ
 รายละเอียด :

การเก็บรักษาตัวอย่าง : Room temperature Cold room (3±2°C) Freezer (<-15°C)

วันนัดรับผล : หมายเหตุ :

ค่าบริการทดสอบ :บาท ยังไม่ชำระ ชำระแล้ว โดย เงินสด เช็ค โอน ใบเสร็จรับเงิน เลขที่

ตัวอย่างที่นำมาขอรับบริการ : ไม่ขอรับคืน ขอรับคืนภายใน 30 วัน หลังจากได้รับใบรายงานผล (มารับคืนด้วยตนเองเท่านั้น)

รายงานผลการทดสอบ : มารับด้วยตนเอง ส่งทางไปรษณีย์ ส่งทาง EMS คิดค่าบริการ 30 บาท

ผู้ขอรับบริการ : นางสาวบี นามสมมุติ เจ้าหน้าที่ธุรการ :

(ตัวบรรจง) (ตัวบรรจง) (วัน/เดือน/ปี/ เวลา)

***** ตัวอย่างที่นำมาเสียหาย ข้ำพเจ้ายินดีขอรับคืน โดยไม่คิดค่าเสียหายจากศูนย์บริการประกันคุณภาพอาหาร *****

รายงานผลการทดสอบจะไม่มีบริการด้านการให้ความเห็นและแปลผล

อย่าลืมลงนามนะคะ