

**ตัวอย่างการกรอกใบคำขอรับบริการ : กรณีส่งวิเคราะห์/ทดสอบ รายการทั่วไป**

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](http://www.fga-ifrpd.com), E-mail : [ifrfga@yahoo.com](mailto:ifrfga@yahoo.com), [ifrfga@ku.ac.th](mailto: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).....

ช่องนี้เฉพาะเจ้าหน้าที่

ลำดับที่	ชื่อตัวอย่าง และ/หรือ รหัสตัวอย่าง	จำนวน	ภาชนะบรรจุ	ขนาดบรรจุ	รายการทดสอบ	เลขคำขอรับบริการ
1	ข้าวกล้องงอก 01	3	ถุงพลาสติกใส	100 กรัม/ถุง	1. กาบ 2. วิตามินเอ 3. วิตามินบี 1 4. วิตามินบี 2	
			ปิดสนิท			
2	ข้าวกล้องงอก 02	3	ถุงพลาสติกใส	100 กรัม/ถุง		
			ปิดสนิท			
	(กรณีขอใบรายงานผลฯ ฉบับภาษาอังกฤษ ให้แจ้งชื่อตัวอย่างภาษาอังกฤษเพิ่มเติม)					
*กรณีเขียนผิด ให้ขีดฆ่าคำที่เขียนผิด แล้วลงนามกำกับตรงจุดที่ขีดฆ่า (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 ข้าพเจ้ายินดีขอรับคืน โดยไม่คิดค่าเสียหายจากศูนย์บริการประกันคุณภาพอาหาร \*\*\*  
 รายงานผลการทดสอบจะไม่มีบริการด้านการให้ความเห็นและแปลผล

อย่าลืมลงนามนะคะ