



เลขที่/No:..... วันที่/Date:.....

ชื่อ-ที่อยู่ สำหรับออกรายงานผลทดสอบ/Name and Address for Test report:

ต้องการออกรายงานผลทดสอบเป็น/Report Language in: ไทย/Thai อังกฤษ/English (กรณีขอรายงานผลทั้งสองภาษา มีค่าบริการ 200 บาท/If require both language, Charge 200 Bath)

ชื่อ/Name: บริษัท กู๊ดฟาร์ม จำกัด

ที่อยู่/Address: 12/34 หมู่ที่ 4 ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ 50290

ชื่อ-สกุล ผู้ติดต่อ/Contact person: นายเกษร อินทรีย์ ตำแหน่ง/Position: เจ้าหน้าที่เกษตร

โทรศัพท์/Tel.: 053-875646 อีเมล/E-mail: kaset@mju.ac.th

ชื่อ-ที่อยู่ สำหรับออกใบกำกับภาษี/Name and Address for Tax invoice เหมือนด้านบน/Same as above

ชื่อ-ที่อยู่/Name and Address:

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี/Tax ID No.: 0-5055-05550-55-0

ชนิดตัวอย่าง/ชื่อตัวอย่าง (Sample Type/Sample Name)	น้ำหนัก/ ปริมาตร (Wt./Vol.)	จำนวน (Qty)	รายการทดสอบ (Test Item)	สำหรับเจ้าหน้าที่ / Staff Only		
				หมายเลขปฏิบัติการ	ลักษณะตัวอย่าง	การเก็บรักษา RT 2-8°C
ดินแปลง 1	1 กก.	1 ถุง	Pesticide Test Kit			
น้ำใช้ในการเกษตร	600 มล.	1 ขวด	Pesticide Test Kit			
ผักสลัดกรีน โอ๊ค	500 กรัม	1 ถุง	Pesticide Test Kit			
ปุ๋ยอินทรีย์ สูตร 1	1 กก.	1 ถุง	N, P, K, OM, pH, EC			

ลักษณะบรรจุ/Package condition: _____

สภาพตัวอย่าง/Sample condition: ปกติ/Normal ไม่ปกติ/Abnormal _____

ราคา/Price: _____ ส่วนลด/Discount: _____ ราคารวม/Total price: _____

วัตถุประสงค์การส่งตรวจ/Purpose of Testing: ทดสอบทั่วไป/General Testing งานวิจัย/Research ประกันคุณภาพ/QC

ขอขึ้นทะเบียน/Registration: _____ ตามมาตรฐาน/Standard: _____ ขอรับรอง/Certify: _____ อื่นๆ/Others: _____

ตัวอย่างที่นำมาขอรับบริการ/Sample after testing: ไม่ขอรับคืน/No return ขอรับคืน/Sample return (คืนตัวอย่างคืนหากตัวอย่างเสียหาย/Sample received will be proceed, If sample damage)

รายงานผลทดสอบ/Receive Test report: รับด้วยตนเอง/By Hand ส่งไปรษณีย์ ตามที่อยู่ใบรายงานผล/Same as Test report ตามที่อยู่ใบกำกับภาษี/Same as Tax invoice

ตามที่อยู่/Address: _____

หากท่านมีความต้องการพิเศษเกี่ยวกับการวิเคราะห์หรือการเตรียมตัวอย่างหรืออื่นๆ โปรดระบุในช่องรายการทดสอบหรือแจ้งกับเจ้าหน้าที่บริการลูกค้า

If you have special requirement associated with the sample analysis or preparation or any requirement. Please specify clearly intended in Test item or inform customer service officer.

การทบทวนข้อตกลงการบริการทดสอบ สำหรับเจ้าหน้าที่ (Staff Only)

1. วิธีการทดสอบ วิธีปกติ วิธีเฉพาะตามเอกสาร _____

2. การบริการอื่นๆ ไม่ต้องการ เชื่อมชมห้องปฏิบัติการ เฝ้าการทำงาน วันที่: _____

3. บุคลากร สามารถทำได้ ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากยังไม่เคยทำการทดสอบนี้ ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากยังไม่ได้รับมอบหมายแล้ว

4. เครื่องมือ มีความพร้อม ไม่มีความพร้อม เนื่องจากเครื่องมือมีปัญหา/ชำรุด ไม่มีความพร้อม เนื่องจากเครื่องมือยังไม่ได้สอบเทียบ

5. ปริมาณงาน ยังมีความสามารถรับงานได้ สามารถรับงานได้ แต่อาจช้ากว่าปกติซึ่งลูกค้ายินยอมแล้ว ไม่สามารถรับงานได้ เนื่องจากปริมาณงานสะสมมาก

6. สรุปความพร้อมรับงานบริการ พร้อมรับงาน ไม่พร้อมรับงาน

7. บันทึกการประสานงานกับลูกค้า _____ ลงชื่อ _____ ผู้จัดการวิชาการ

_____ (_____)

_____ วันที่ _____

ผู้ส่งตัวอย่าง/Sent by: นายเกษร อินทรีย์ เจ้าหน้าที่/officer: _____

(ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง) (ตัวบรรจง)

วันที่/Date: 1 เมษายน 2565 วันที่/Date: _____

ห้องปฏิบัติการไม่มีนโยบายในการให้บริการรับเหมาช่วงการทดสอบ (Sub contractor) และการแปลผลหรือการให้บริการด้านค่าใช้จ่าย