

แบบฟอร์มการขอใช้บริการของงานศูนย์วิทยาศาสตร์  
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ ตรวจสอบวิเคราะห์คุณภาพตัวอย่าง

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

เนื่องด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล .....

ตำแหน่ง..... หน่วยงาน .....

มีความประสงค์ตรวจสอบวิเคราะห์คุณภาพตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด.....ตัวอย่าง รายละเอียดตาม

แบบฟอร์มดังแนบ ๑

ในการนี้การวิเคราะห์ตัวอย่างมีค่าใช้จ่ายตามประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ เรื่อง หลักเกณฑ์  
การให้บริการ อัตราค่าบริการ และการลดหรือยกเว้นค่าบริการของงานศูนย์วิทยาศาสตร์ (ฉบับที่ ๒) รวมเป็น  
จำนวนเงินทั้งสิ้น .....บาท โดยมีรายละเอียดดังแนบ ๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

.....

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง .....



## ศูนย์วิทยาศาสตร์

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

83 หมู่ 11 ต.สะเดียง อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์ 67000 โทรศัพท์ 056-717122 ต่อ 2705

เลขค่าขอรับบริการ .....  
รหัสตัวอย่าง .....  
วันที่รับบริการ .....  
เวลา .....  
วันที่คาดว่าจะเสร็จ .....  
ผู้รับบริการ .....

### ใบขอรับบริการ

#### ส่วนที่ 1 : (สำหรับผู้รับบริการกรอก )

1. ข้าพเจ้า : ..... ตำแหน่ง ..... หน่วยงาน.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....Email .....

2. มีความประสงค์  ขอรับบริการทดสอบ  ขอใช้เครื่องมือ  ขอรับบริการอื่น ๆ (ระบุ).....

#### 3. ประเภทผู้ขอรับบริการ

##### หน่วยงานภายใน

การเรียน-การสอน/โครงการวิจัย/งานวิทยานิพนธ์ รหัสวิชา..... วิชา.....

ชื่อเรื่อง.....

งานวิจัย/บริการวิชาการ/อื่นๆ ชื่อเรื่อง.....

##### หน่วยงานภายนอก

ราชการ (มีหนังสือรับรองลงนาม)  บริษัทเอกชน  บุคคลทั่วไป

อื่นๆ.....

4. ชื่อและที่อยู่ที่ต้องการให้ระบุในใบเสร็จรับเงิน  ตามชื่อ - ที่อยู่ระบุใน 1  ตามชื่อ - ที่อยู่ ดังนี้ .....

5. ชื่อและที่อยู่ที่ต้องการให้ระบุในใบรายงานผลการทดสอบ  ตามชื่อ - ที่อยู่ระบุใน 1  ตามชื่อ - ที่อยู่ ดังนี้ .....

#### 6. รายละเอียดตัวอย่างและรายการทดสอบ/เครื่องมือที่ใช้ (ให้กรอกรายละเอียดในข้อ 6 หน้า2/2)

6.1 จำนวนตัวอย่าง.....ตัวอย่าง และความต้องการภาชนะบรรจุตัวอย่างคืน  ไม่ต้องการ  ต้องการ (รับคืนภายใน 10 วันนับจากออกรายงานผล)

6.2 ความต้องการตัวอย่างคืน  ไม่ต้องการ  ต้องการ (รับคืนภายใน 10 วันนับจากออกรายงานผล) 6.3 การเก็บรักษาตัวอย่าง  อุณหภูมิห้อง  แช่เย็น  แช่แข็ง

6.4 ความต้องการมาเผ่าระงับการทดสอบ  ไม่ต้องการ  ต้องการ 6.5 การชำระเงิน .....

6.6 การรับรายงานผลการทดสอบ  มารับเอง  ส่งทางไปรษณีย์ 6.7 รายงานค่า Uncertainty  ไม่ต้องการ  ต้องการ (คิดค่าใช้จ่ายเพิ่ม)

6.8 เกณฑ์การตัดสินใจ  ไม่ต้องการ  ต้องการโปรดระบุเกณฑ์.....

6.9 ความต้องการอื่น ๆ (ระบุ).....

6.10 ข้าพเจ้าได้ทราบระเบียบการขอรับบริการ แล้วยินดีปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ

(.....)

...../...../.....

#### ส่วนที่ 2 : (สำหรับพนักงานกรอก )

1. รายการทดสอบ/วิธีทดสอบ/เครื่องมือที่ใช้ .....

2. การคิดค่าใช้จ่าย :  ยกเว้นค่าบริการ  ลดหย่อนค่าบริการ  คิดค่าบริการตามประกาศมหาวิทยาลัย

2.1 ค่าใช้จ่ายงานคลังรวมทั้งสิ้น.....บาท 2.2 ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ถ้ามี (ระบุ).....

3. รายละเอียดของการปรึกษาหารือ/แก้ปัญหากับผู้ขอรับบริการ.....

4. การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของการทบทวน (ถ้ามี).....

5. สรุปผลการทบทวนของห้องปฏิบัติการ  ไม่พร้อมและปฏิเสธ  มีความพร้อมรับงาน และนัดรับรายงานผลวันที่ .....

6.  กรณีมีการเบี่ยงเบนไปจากค่าขอรับบริการ : ได้แจ้งผู้ขอรับบริการเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อ วันที่ .....

กรณีมีการเปลี่ยนแปลงข้อตกลงหลังจากได้เริ่มปฏิบัติงานทดสอบแล้ว รายละเอียดของการเปลี่ยนแปลง.....

ได้ทบทวนใหม่ตั้งแต่ต้นแล้ว สามารถให้บริการได้ และได้แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

ได้ทบทวนใหม่ตั้งแต่ต้นแล้ว ไม่สามารถให้บริการได้ และได้แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

ทบทวนโดย.....ผู้ทบทวน

(.....)

...../...../.....

## 6. รายละเอียดตัวอย่างและรายการทดสอบ/การบริการใช้เครื่องมือ/การบริการใช้ห้องปฏิบัติการ

ลำดับ ที่	ชื่อตัวอย่าง	ชนิดตัวอย่าง		จำนวน/ ปริมาณต่อหน่วยบรรจุ	รายการทดสอบ/การบริการใช้เครื่องมือ	(สำหรับพนักงานกรอก)		
		ของแข็ง	ของเหลว			*รหัสทดสอบ	สภาพตัวอย่าง	ผู้เบิกตัวอย่าง/วันที่
1.								1.
								2.
								3.
2.								1.
								2.
								3.
3.								1.
								2.
								3.
4.								1.
								2.
								3.
5.								1.
								2.
								3.
6.								1.
								2.
								3.

หมายเหตุ : \* ผู้ทบทวน เป็นผู้บันทึก และกรณีจำนวนมากกว่า 6 ตัวอย่าง ให้บันทึกในแบบฟอร์มหน้าที่ 3

## ส่วนที่ 3 (สำหรับผู้บังคับบัญชา)

<p>1. ความเห็นของหัวหน้าห้องปฏิบัติการ</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรอนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ .....</p> <p>.....</p> <p>(นางสาววรินธร ชาติสุภาพ)</p> <p>หัวหน้าห้องปฏิบัติการ</p> <p>...../...../.....</p>	<p>2. พิจารณาอนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> อนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติเนื่องจาก .....</p> <p>.....</p> <p>(ผศ.ดร.เสาวภา ชุมณี)</p> <p>ผู้จัดการห้องปฏิบัติการ</p> <p>...../...../.....</p>
--	---