คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร
1381 ถนนประชาราษฎร์ 1 แขวงวงศ์สว่าง เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ 10800
โทรศัพท์: 02-836-3000 ต่อ 4159 อีเมล: sisc@rmutp.ac.th

ส่วนที่ 1 งานศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และบริการ
วันที่รับตัวอย่าง : _____
วันที่รายงานผล : _____

แบบฟอร์มขอรับบริการวิเคราะห์ทดสอบ ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และบริการ

1. ข้อมูลผู้ขอรับบริการ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ในช่องที่ต้องการ พร้อมกรอกรายละเอียดด้วยตัวบรรจงให้ครบถ้วน)

1.1 ข้อมูลผู้ติดต่อ ข้าพเจ้า_____ หน่วยงาน _____

ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____ อีเมล _____

1.2 ข้อมูลออกรายงานผล ชื่อบุคคล/หน่วยงาน_____

ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____ อีเมล _____

สถานภาพ ☐ มทร.พระนคร ☐ หน่วยงานราชการ ☐ หน่วยงานเอกชน ☐ หน่วยงานที่เป็น MOU กับ มทร.พระนคร ☐ อื่นๆ _____

2. มีความประสงค์ขอรับบริการ ☐ งานบริการวิเคราะห์ทดสอบ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____

☐ เพื่อทราบผล ☐ วิทยานิพนธ์ ☐ งานวิจัย ☐ ปัญหาพิเศษ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____

3. ชื่องานวิจัย/โครงการ _____

4. ประเภทตัวอย่างที่ส่งทดสอบ _____

5. รายละเอียดตัวอย่าง (*ระบุรายละเอียดการวิเคราะห์*)

ลำดับ	ชื่อตัวอย่าง	รายการทดสอบ	ภาชนะบรรจุ/จำนวน	น้ำหนัก/ปริมาตร	(เจ้าหน้าที่)	
					รหัสตัวอย่าง	สภาพตัวอย่าง

หมายเหตุ โปรดระบุ _____ **อุณหภูมิ**

จัดเก็บตัวอย่าง _____ **ความประสงค์รับตัวอย่างคืน** _____

วิธีทดสอบ ☐ ตามวิธีของศูนย์เครื่องมือ จัดให้ ☐ ตามวิธีของผู้ขอรับบริการ โปรดระบุ _____

การชำระเงิน ☐ เงินสด **การแจ้งผล** ☐ มารับเอง ☐ ส่งไฟล์รายงานอิเล็กทรอนิกส์ ทางอีเมล _____

☐ เงินโอน ☐ ส่งไปรษณีย์ ตาม ☐ ข้อมูลผู้ขอรับบริการ ☐ ข้อมูลออกรายงานผล

ชื่อโครงการบริการสังคม (สำหรับเจ้าหน้าที่) _____

ลงชื่อ _____ ผู้ขอรับบริการ
(_____)
วันที่ ____/____/____

ลงชื่อ _____เจ้าหน้าที่ศูนย์เครื่องมือและบริการ
(_____)
วันที่ ____/____/____

สำหรับเจ้าหน้าที่ สรุปผลการทบทวนของห้องปฏิบัติการ

☐ พร้อมให้บริการ ☐ ไม่พร้อมให้บริการ เนื่องจาก _____ ลงชื่อ _____หัวหน้าสาขา/หัวหน้าหมวด (_____) วันที่ ____/____/____	☐ พร้อมให้บริการ ☐ ไม่พร้อมให้บริการ เนื่องจาก _____ ลงชื่อ _____ ผู้ให้บริการวิเคราะห์ (_____) วันที่ ____/____/____

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร
1381 ถนนประชาราษฎร์ 1 แขวงวงศ์สว่าง เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ 10800 โทรศัพท์: 02-836-3000 ต่อ 4159 อีเมล: sisc@rmutp.ac.th

ส่วนที่ 2 การเงิน
วันที่ชำระเงิน : _____
ใบเสนอราคาเลขที่ : _____

แบบฟอร์มขอรับบริการวิเคราะห์ทดสอบ ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และบริการ

1. ข้อมูลออกใบเสร็จ

ออกใบเสร็จในนาม _____เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี_____

โทรศัพท์ _____ที่อยู่ _____

สำหรับเจ้าหน้าที่

2. อัตราค่าบริการวิเคราะห์ทดสอบ ชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ เงินโอน **คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เพื่อจ่ายเงินนอกงบประมาณ มทร.พระนคร**
ธนาคารกรุงไทย บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ สาขาวงศ์สว่าง เลขที่บัญชี 193-0-2-4348-0

รายละเอียด _____

รวมค่าบริการทั้งหมด _____ **บาท** _____ **สตางค์** (_____)

ลงชื่อ _____ (_____) ผู้ให้บริการวิเคราะห์ วันที่ ____/____/____	ลงชื่อ _____ (_____) ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และบริการ วันที่ ____/____/____	ลงชื่อ _____ (_____) หัวหน้าการเงิน วันที่ ____/____/____