



คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร
เลขที่ 1381 ถนนประชาราษฎร์ 1 แขวงวงศ์สว่าง เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ 10800
โทรศัพท์ : 02-836-3000 ต่อ 7503 อีเมล : sisc@mutp.ac.th

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ (No Received) :

วันที่รับ (Date Received) :

วันที่กำหนดเสร็จ (Due date)

แบบฟอร์มขอรับบริการ ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และบริการ (SISC)
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

| ข้อมูลผู้ขอรับบริการ | | | | | | | |
|---|--------------------------|----------------|------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| ผู้ติดต่อ | ชื่อ-สกุล : | | | | | | |
| | อีเมลล์ : | | | | | | |
| | โทรศัพท์ : | | | | | | |
| ชื่อ ที่อยู่สำหรับใบเสร็จรับเงิน | ชื่อบริษัท : | | | | | | |
| | ที่อยู่ : | | | | | | |
| | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : | | | | | | |
| ชื่อ ที่อยู่สำหรับรายงานผลทดสอบ | ชื่อบริษัท : | | | | | | |
| | ที่อยู่ : | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ใช้ที่อยู่เดียวกับใบเสร็จรับเงิน <input type="checkbox"/> รับผิดชอบด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> จัดส่งไปรษณีย์ | | | | | | | |
| สถานภาพหน่วยงาน : <input type="checkbox"/> มทร.พระนคร <input type="checkbox"/> หน่วยงานราชการ <input type="checkbox"/> หน่วยงานเอกชน <input type="checkbox"/> MOU กับ มทร.พระนคร <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... | | | | | | | |
| รายละเอียดตัวอย่าง | | | | | | | |
| ลำดับ | ชื่อตัวอย่าง | ข้อมูลตัวอย่าง | จำนวน | ความประสงค์ขอรับบริการ | สถานะเก็บรักษาตัวอย่าง | | |
| | | | มล., กรัม, อื่นๆ | | RT | FZ | DR |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| หมายเหตุ : RT = อุณหภูมิห้อง, FZ = แช่เย็น, DR = ตู้อุณหภูมิเย็น, อื่นๆ (ระบุ)..... | | | | | | | |
| สิ่งที่แนบมาด้วย (ถ้ามี) : <input type="checkbox"/> Reference Method/Journal <input type="checkbox"/> Reagent <input type="checkbox"/> Other..... | | | | | | | |
| หมายเหตุ (ลูกค้า) : | | | | | | | |
| ประเภทผลการทดสอบ : <input type="checkbox"/> ไฟล์ข้อมูลอย่างเดียว <input type="checkbox"/> แบบรายงานผลการทดสอบ <input type="checkbox"/> ทั้ง ๒ แบบ | | | | | | | |
| ความประสงค์รับคืนตัวอย่าง : <input type="checkbox"/> ไม่รับคืน <input type="checkbox"/> รับคืน (ระบุช่องทางรับคืน)..... | | | | | | | |
| เงื่อนไขการให้บริการ (Terms of Service) : | | | | | | | |
| ๑. ศูนย์เครื่องมือฯ จะส่งมอบผลการทดสอบหลังได้รับชำระค่าบริการครบจำนวนแล้วเท่านั้น | | | | | | | |
| ๒. ศูนย์เครื่องมือฯ ไม่มีนโยบายในการซักตัวอย่าง สุ่มตัวอย่าง และไม่มีการเปลี่ยนแปลงผลการทดสอบ | | | | | | | |
| ๓. ความถูกต้องของผลการทดสอบจำกัดเฉพาะตัวอย่างที่นำมาทดสอบ ที่ดำเนินการภายใต้สถานะและเครื่องมือที่กำหนดเท่านั้น | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าได้อ่านเงื่อนไขข้างต้น โดยยินยอม และรับทราบเงื่อนไขตามที่แจ้ง | | | | | | | |
| ลงชื่อผู้ติดต่อ/ผู้ส่งตัวอย่าง : | | | | | | วันที่ : ____ / ____ / ____ | |
| ลงชื่อเจ้าหน้าที่รับบริการ : | | | | | | วันที่ : ____ / ____ / ____ | |



| สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และบริการ | | | |
|---|--|---|-------------|
| ลำดับ | เครื่องมือที่ใช้ | สาขาที่รับผิดชอบ | เลขครุภัณฑ์ |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| วันที่ต้องการใช้เครื่องมือ | | | |
| ตั้งแต่วันที่เวลา..... ถึงวันที่.....เวลา..... | | | |
| เจ้าหน้าที่ทำการทดสอบ : <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ศูนย์เครื่องมือฯ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... | | | |
| ประเภทงาน : <input type="checkbox"/> บริหารทรัพย์สิน <input type="checkbox"/> โครงการบริการสังคม..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... | | | |
| ความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง | | | |
| <p>ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ/ เจ้าหน้าที่ศูนย์เครื่องมือฯ หรือผู้รับผิดชอบเครื่องมือ (ถ้ามี)</p> <p><input type="checkbox"/> พร้อมบริการ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่พร้อมบริการ.....</p> <p>.....</p> <p>()</p> <p>วันที่...../...../.....</p> | <p>ความคิดเห็นของหัวหน้าสาขาวิชา/หมวดวิชา</p> <p><input type="checkbox"/> อนุญาต</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุญาต.....</p> <p>.....</p> <p>()</p> <p>วันที่...../...../.....</p> | <p>ความคิดเห็นของหัวหน้าศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์ฯ</p> <p><input type="checkbox"/> อนุญาต</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุญาต.....</p> <p>.....</p> <p>(อาจารย์ ดร.ภูมิรัตน์ นวรัตน์)</p> <p>วันที่...../...../.....</p> | |
| ตรวจสอบหลังใช้งานเครื่องมือ | | | |
| <input type="checkbox"/> สภาพดี <input type="checkbox"/> ชำรุด เนื่องจาก..... | | | |
| | | | |
| **หากมีชำรุดดำเนินการต่อ โดย..... | | | |
| | | | |
| ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบเครื่องมือ ตำแหน่ง..... วันที่...../...../..... | | | |
| <p>แจ้งการตรวจสอบเครื่องมือ-หัวหน้าสาขาวิชา/หมวดวิชา (ที่รับผิดชอบเครื่องมือ)</p> <p>()</p> <p>วันที่...../...../.....</p> | <p>แจ้งการตรวจสอบเครื่องมือ-หัวหน้าศูนย์เครื่องมือฯ</p> <p>(อาจารย์ ดร.ภูมิรัตน์ นวรัตน์)</p> <p>วันที่...../...../.....</p> | | |