



คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร
เลขที่ ๑๓๘๑ ถนนประชากรราษฎร์ ๑ แขวงวงศ์สว่าง เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ ๑๐๘๐๐
โทรศัพท์ : ๐๒-๘๓๖-๓๐๐๐ ต่อ ๗๕๐๓ อีเมล : sisc@rmutp.ac.th

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ (No Received) :

วันที่รับ (Date Received) :

วันที่กำหนดเสร็จ (Due date)

แบบฟอร์มขอรับบริการทดสอบ ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และบริการ (SISC)

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

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



คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร
เลขที่ ๑๓๘๑ ถนนประชาราษฎร์ ๑ แขวงวงศ์สว่าง เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ ๑๐๘๐๐
โทรศัพท์ : ๐๒-๘๓๖-๓๐๐๐ ต่อ ๗๕๐๓ อีเมล : sisc@rmutp.ac.th

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และบริการ			
ลำดับ	เครื่องมือที่ใช้	สาขาที่รับผิดชอบ	เลขครุภัณฑ์
วันที่ต้องการใช้เครื่องมือ			
ตั้งแต่วันที่ เวลา..... ถึงวันที่..... เวลา.....			
ความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง			
ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ/ เจ้าหน้าที่ศูนย์เครื่องมือฯ หรือผู้รับผิดชอบเครื่องมือ (ถ้ามี) ☐ พร้อมบริการ ☐ ไม่พร้อมบริการ..... (.....) วันที่...../...../.....	ความคิดเห็นของหัวหน้าสาขาวิชา/หมวดวิชา ☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต..... (.....) วันที่...../...../.....	ความคิดเห็นของหัวหน้าศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์ฯ ☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต..... (อาจารย์ภูมิรัตน์ นวรัตน์) วันที่...../...../.....	
ตรวจสอบหลังใช้งานเครื่องมือ			
☐ สภาพดี ☐ ชำรุด เนื่องจาก..... **หากมีชำรุดดำเนินการต่อ โดย..... ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบเครื่องมือ ตำแหน่ง..... วันที่...../...../.....			
แจ้งการตรวจสอบเครื่องมือ-หัวหน้าสาขาวิชา/หมวดวิชา (ที่รับผิดชอบเครื่องมือ) (.....) วันที่...../...../.....		แจ้งการตรวจสอบเครื่องมือ-หัวหน้าศูนย์เครื่องมือฯ (อาจารย์ภูมิรัตน์ นวรัตน์) วันที่...../...../.....	