	แบบฟอร์ม ห้องปฏิบัติการศูนย์บริการเทคโนโลยีเภสัชอุตสาหกรรม	FS : 04-01 ฉบับแก้ไขครั้งที่ : 7 วันที่เริ่มใช้ : 0 8 มิ.ย. 2558
ชื่อแบบฟอร์ม : คำขอใช้บริการทดสอบตัวอย่าง		หน้า : 1/1

เลขประจำตัวตัวอย่าง.....	วันที่.....

ส่วนที่ 1 สำหรับลูกค้าผู้ใช้บริการ

ชื่อตัวอย่าง : ..... รุ่นที่ผลิต : .....
เลขทะเบียนยา : ..... วันที่ผลิต : ..... วันหมดอายุ : .....
ส่วนประกอบ : .....
ลักษณะตัวอย่าง (ไทย) : .....
(อังกฤษ) : .....
การบรรจุ/จำนวน : .....

ชื่อ/ที่อยู่บริษัทผู้ผลิต (ไทย) : .....
: .....
(อังกฤษ) : .....
: .....

ชื่อ/ที่อยู่บริษัทผู้ส่งตรวจ (ไทย) : .....
: .....
(อังกฤษ) : .....
: .....

วัตถุประสงค์

- การทดสอบทางเคมี ☐ Identification ☐ Assay ☐ Dissolution ☐ Related/Impurity ☐ Uniformity of Dosage Units
☐ อื่น ๆ .....

- การทดสอบทางจุลชีววิทยา ☐ Sterility ☐ Microbial Limit Test ☐ Preservative effective ☐ Microbial Assay
☐ อื่น ๆ.....

วิธีทดสอบ ☐ USP..... ☐ BP..... ☐ วิธีผู้ผลิต ☐ อื่น ๆ.....

สภาวะการจัดเก็บ ☐ ตัวอย่าง..... ☐ สารมาตรฐาน.....

สิ่งสนับสนุนที่บริษัทส่งให้ ☐ .....
.....

ชื่อผู้ติดต่อ : ..... เบอร์โทรศัพท์ : ..... E-mail : .....

ข้อตกลงเพิ่มเติม-รับเงื่อนไข

☐ <u>การออกใบรายงานผลการทดสอบ จะออกตามรายละเอียดที่ลูกค้ากรอกในส่วนที่ 1 เท่านั้น</u>
☐ ผู้ใช้บริการต้องการรายงานผลการทดสอบเป็น ☐ ภาษาไทย ☐ ภาษาอังกฤษ (หากต้องการทั้ง 2 ภาษา คิดค่าบริการเพิ่ม 200 บาท)
☐ ผู้ใช้บริการยินยอมให้ส่งเหมาช่วงการทดสอบไปยังห้องปฏิบัติการที่มีความสามารถทัดเทียมกัน กรณีมีเหตุขัดข้องฉุกเฉิน
☐ การชำระเงิน ตามราคาที่ศูนย์ฯ กำหนด และจ่ายให้ในวันมาขอรับผลการทดสอบ
☐ ไม่ส่งเจ้าหน้าที่มารับผล ☐ ชำระค่าบริการแล้ว (ใบเสร็จรับเงินเลขที่.....ลงวันที่.....)
ส่งผลทาง .....

ลงชื่อ.....ผู้ใช้บริการ (.....)	ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง (.....)

ส่วนที่ 2 การทบทวนคำขอ/สั่งการ : ได้พิจารณาความประสงค์แล้ว

ผลการทบทวน :
☐ รับทดสอบได้ ☐ ทดสอบได้เฉพาะหัวข้อ.....
☐ ส่งเหมาช่วงการทดสอบตามที่ผู้ใช้บริการระบุ

☐ ไม่รับทดสอบ/คืนเรื่อง
ขัดข้อง☐ เครื่องมือ
☐ บุคลากร
☐ อื่นๆ.....

ผู้รับตัวอย่างคืน
.....
วันที่.....

สั่งการ :
มอบหมายให้ นาย/นาง/น.ส. .....รับผิดชอบ/ดำเนินการ
ลงชื่อ.....ผู้ทบทวน/สั่งการ
ผู้อำนวยการศูนย์ฯ/ผู้บริหารวิชาการ
วันที่.....
หัวหน้าห้องปฏิบัติการรับทราบ.....
วันที่.....