

แบบฟอร์มส่งตัวอย่าง : ผลิตภัณฑ์สมุนไพร
ศูนย์รวมบริการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กรุณากรอกข้อความและทำเครื่องหมาย ใน ให้ครบถ้วน

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. ผู้นำส่งตัวอย่าง

1.1 ชื่อผู้ส่ง (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล โทรศัพท์

1.2 ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้สะดวก นามสกุล โทรศัพท์

1.3 ส่งในนาม

ที่อยู่เลขที่ หมู่ ซอย ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร E-mail

2. วัตถุประสงค์ที่ส่งตรวจ พิษเทียบปล้น เภสัชเวท พฤกษศาสตร์ การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์

ตรวจวิเคราะห์ทางเคมี (ระบุรายการ)

อื่น ๆ

3. รายละเอียดตัวอย่าง (กรอกแบบฟอร์มรายละเอียดผลิตภัณฑ์ หน้า 2)

4. เอกสารประกอบการส่งตัวอย่าง ส่วนผสมและวิธีการใช้ อื่น ๆ

5. การออกผลวิเคราะห์ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ (เพิ่มฉบับละ 200 บาท) โดยแนบรายละเอียดภาษาอังกฤษที่จำเป็น
หมายเหตุ กรณีต้องการให้ตัดสินผลวิเคราะห์ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง

6. การรับรายงานผลวิเคราะห์ ขอรับด้วยตนเอง ขอให้ส่งทางไปรษณีย์
ตามที่อยู่ที่ข้อ 1.3 หรือ ชื่อ-ที่อยู่

7. การรับตัวอย่างคืน ไม่รับคืน รับคืนพร้อมรายงานผลวิเคราะห์
หมายเหตุ หากไม่มารับตัวอย่างคืนภายใน 30 วันหลังรับผลวิเคราะห์ สถาบันวิจัยสมุนไพรจะดำเนินการกับตัวอย่างที่เหลือตามความเหมาะสม

ลงชื่อ ผู้ส่งตัวอย่าง
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ค่าบำรุงการวิเคราะห์ จำนวนเงิน บาท
(.....)

อื่น ๆ

(.....)

อื่น ๆ

(.....)

หมายเลขรับ ถึง

จำนวนตัวอย่างทั้งหมด ตัวอย่าง

กำหนดวันรับผล

ลงชื่อ (.....)

ผู้รับตัวอย่าง

วันที่ เวลา