

ตัวจริง / สำเนา

คำขอรับบริการ

ที่อยู่ สำหรับรายงานผลการทดสอบ (กรณีรายงานภาษาอังกฤษ กรุณากรอกที่อยู่เป็นภาษาอังกฤษ)

ลูกเก่า ลูกใหม่

1) ชื่อ-สกุล ผู้มาติดต่อ :	ตำแหน่ง :	โทรศัพท์ :
E-mail :	โทรสาร :	
2) ชื่อที่อยู่ใบเสร็จ :		
ที่อยู่ :		
3) ชื่อที่อยู่ในรายงานผล :		
ที่อยู่ :		
<input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามข้อ 2		

มีความประสงค์ขอรับบริการ งานทดสอบตามมอก./มาตรฐาน..... .ทดสอบตามวิธีการของลูกค้า อื่นๆ (โปรดระบุ).....

รายละเอียดตัวอย่างทดสอบ

ลำดับ	ชื่อและรายละเอียดตัวอย่าง /แบบรุ่น (ระบุในรายงานผล)	จำนวน	หมายเลขตัวอย่าง	รายการทดสอบ	มาตรฐาน

รายละเอียดของการปรึกษาหารือ/ถกปัญหากับผู้ขอรับบริการ :

หมายเหตุ : เจ้าหน้าที่ผู้รับข้อมูลกรอกรายละเอียดเพิ่มเติม

4. ต้องการรายงานผล ภาษาไทย ฉบับ ภาษาอังกฤษ ฉบับ (สำหรับห้องปฏิบัติการ อยู่ในขอบข่าย ไม่อยู่ในขอบข่าย)
5. ต้องการ Uncertainty ไม่ต้องการ ต้องการ (คิดค่าบริการฉบับละ 500 บาท)
6. การแสดงเครื่องหมายการรับรองตาม ISO/IEC 17025 (สำหรับผู้ขอรับบริการ ต้องการ ไม่ต้องการ)
7. การรับรายงานผลทดสอบ มารับผลเอง ส่งผลทางไปรษณีย์ (ที่อยู่ตามใบกำกับภาษี)
 ส่ง สมอ. ส่งผลทางไปรษณีย์ (ที่อยู่ตามใบรายงานผล)

ผู้ขอรับบริการ(ลูกค้า) : ผู้บันทึกข้อมูล (เจ้าหน้าที่).....

รายละเอียดการทบทวนคำขอรับบริการ

1. สภาพตัวอย่าง เรียบร้อย ไม่เรียบร้อย ตรวจสอบตัวอย่าง ณ หน่วยงาน ระบุสภาพ.....
2. ความพร้อมของผู้ปฏิบัติงาน พร้อม ไม่พร้อม ระบุ
3. สภาพเครื่องมือ และอุปกรณ์ พร้อม ไม่พร้อม ระบุ.....
4. ความเหมาะสมของภาวะแวดล้อมสถานที่ (ทดสอบ) พร้อม ไม่พร้อม ระบุ.....
5. ดำเนินการทดสอบภายในวันที่/...../..... รับรายงานผลภายในวันที่/...../.....

บันทึกติดต่อผู้ขอรับบริการ .

6. การรับตัวอย่างคืน ไม่ขอรับคืน ขอรับคืนภายใน 30 วัน **หมายเหตุ ทางสถาบันฯ จะไม่รับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นกับชิ้นงานที่นำมาทดสอบ**

สรุปผลการทบทวน รับงาน ปฏิเสธ จำงั้เหมาะสม **และหากไม่มารับคืนภายใน 30 วันทางสถาบันฯ จะทำการทำลายตัวอย่าง**

รับทราบผลการทบทวน (ลูกค้า) : ทบทวนโดย : (ทีมวิชาการ/หัวหน้าทีมวิชาการ) : วันที่:/...../.....

กรณีที่มีการเบี่ยงเบนไปจากคำขอรับบริการ / มีการเปลี่ยนแปลงข้อตกลงหลังจากรับงานทดสอบแล้ว

- ผู้ขอรับบริการขอเปลี่ยนแปลง ห้องปฏิบัติการขอเปลี่ยนแปลง

รายละเอียดการเปลี่ยนแปลง/เบี่ยงเบน :

สรุปผลการทบทวนหลังการเปลี่ยนแปลง

สำหรับห้องปฏิบัติการ

- ได้ทบทวนใหม่ตั้งแต่ต้นแล้ว สามารถให้บริการได้ ไม่สามารถให้บริการได้
- แจ้งลูกค้า/ผู้เกี่ยวข้องทราบ โดย โทรศัพท์ โทรสาร อื่นๆ.....
- ผลตอบกลับจากลูกค้า ยืนยันการทดสอบ
 ลูกค้าระงับการทดสอบ
 ห้องปฏิบัติการปฏิเสธคำขอรับบริการ

ทบทวนโดย (ทีมวิชาการ/หัวหน้าทีมวิชาการ)
วันที่/...../.....

สำหรับผู้ขอรับบริการ
<input type="checkbox"/> ยืนยันการทดสอบ
<input type="checkbox"/> ยกเลิกการทดสอบ
ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่/...../.....