



บริษัท อควาทัช แล็บอราทอรี จำกัด

118/133 - 135 หมู่บ้านปรีชา-นิช โสม 2 ถนนลาดกระบัง แขวงลาดกระบัง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105566196216 โทรศัพท์: 02-136-2325, 062-293-3557 E-mail: Admin@Touchlaboratory.com

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่ใบคำขอรับบริการ:

วันนัดรับผล:

ใบคำขอรับบริการสำหรับโรคกุ้ง

หน้าที่ /

ส่วนที่ 1: สำหรับผู้ขอรับบริการ						
1.1. ผู้ส่งตัวอย่าง/ ติดต่อ						
ชื่อ-สกุล:..... โทรศัพท์:..... Email:..... Line:						
1.2. ชื่อ - ที่อยู่ สำหรับระบุใบใบกำกับภาษี						
ชื่อ:..... เลขประจำตัวผู้เสียภาษี:.....						
1.3. ข้อมูลใบรายงานผล ต้องการใบรายงานผลภาษา ☐ ภาษาไทย ☐ ภาษาอังกฤษ ☐ ภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ (คิดค่าบริการเพิ่ม 300 บาท)						
ชื่อ - ที่อยู่ (ภาษาไทย): ☐ ตามที่อยู่ใบใบกำกับภาษี ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ):						
ชื่อ - ที่อยู่ (ภาษาอังกฤษ):						
การรับใบรายงานผล: ☐ รับด้วยตัวเอง ☐ จัดส่งตามที่อยู่ใบใบกำกับภาษี ☐ จัดส่งตามที่อยู่ในใบรายงานผล						
การแจ้งผลเบื้องต้น: ☐ E-mail ผู้ติดต่อ ☐ E-mail อื่น: ☐ Line ID:						
การระบุค่าความไม่แน่นอน, LOD, LOQ: ☐ ต้องการ (คิดค่าบริการเพิ่ม 500 บาท) ☐ ไม่ต้องการ						
1.4. รายละเอียดตัวอย่างนำส่ง						
จุดประสงค์: ☐ เฝ้าระวังภายใน ☐ งานวิจัย ☐ เพื่อเป็นผู้ให้บริการภายนอก (Third party) ☐ กิจกรรมการกิจถ่ายโอนประมง (เลขอ้างอิง:.....)						
ชนิด/รายละเอียดตัวอย่าง: ☐ สิ่งมีชีวิต.....[ทั้งตัว (ระยะ)...../ชิ้นส่วนอวัยวะ.....] ☐ อื่นๆ						
ประเภท/สภาพตัวอย่าง: ☐ มีชีวิต ☐ แช่เย็น ☐ แช่แข็ง ☐ ดองแอลกอฮอล์ ☐ อื่นๆ						
อุณหภูมิขณะขนส่ง: ☐ แช่เย็น ☐ แช่แข็ง ☐ อุณหภูมิโดยรอบ						
วิธีการส่งตัวอย่าง: ☐ ส่งด้วยตัวเอง ☐ บริษัทขนส่ง						
ตัวอย่างหลังทดสอบ: ☐ ไม่รับคืน ☐ รับคืนด้วยตนเอง (ภายใน 3 เดือน หลังจากออกใบรายงานผล)						
วันที่เก็บตัวอย่าง: วันที่ส่งตัวอย่าง:						
1.5. ชื่อตัวอย่างและรายการทดสอบ (กรณีมีตัวอย่างเพิ่มเติม กรุณากรอกหน้าต่อไป)						
ส่วนที่ 2: สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง						
2.1. เจ้าหน้าที่ตรวจรับตัวอย่าง						
ลำดับ	ชื่อตัวอย่าง/ รายละเอียด	รายการทดสอบ	จำนวนตัวอย่าง	ปกติ	ผิดปกติ	สภาพตัวอย่าง (กรณีผิดปกติ)
ห้องปฏิบัติการมีนโยบาย			วันที่รับตัวอย่างเข้าห้องปฏิบัติการ:			
1. ไม่แสดงข้อคิดเห็นและแปลผลการทดสอบ 2. ไม่ระบุความเป็นไปตามข้อกำหนด 3. ตัวอย่างมีชีวิต ห้องปฏิบัติการจะเก็บรักษาตามวิธีทันที			2.2. ช่องทางการชำระเงิน			
สำหรับผู้ขอรับบริการทดสอบ			เลขที่ใบเสนอราคา: QT.....			
☐ รับทราบและยินยอมให้ทดสอบตามข้อตกลงที่ห้องปฏิบัติการกำหนด และยืนยันว่าข้อมูลที่ได้ถูกต้อง โดยห้องปฏิบัติการขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขข้อมูลในใบรายงานผลที่ไม่ตรงกับใบคำขอรับบริการนี้			☐ เงินสด ☐ โอนผ่านบัญชีธนาคาร			
ผู้ติดต่อ/ส่งตัวอย่าง			วันที่ชำระ:			
วันที่			2.3. เจ้าหน้าที่รับตัวอย่างทบทวน			
เจ้าหน้าที่ทบทวน			จำนวนตัวอย่างทั้งหมด ตัวอย่าง			
เจ้าหน้าที่ทบทวน			จำนวนรายการทดสอบทั้งหมด รายการ			
เจ้าหน้าที่ทบทวน			☐ ข้อมูล/ตัวอย่าง ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ เพียงพอ			
เจ้าหน้าที่ทบทวน			เจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง			
วันที่			วันที่			
หมายเหตุ:						

