

### แบบตอบรับการบริการตรวจวัดปริมาณรังสีจากเครื่องรังสีรักษา

1. ชื่อหน่วยงานเจ้าของเครื่อง

ชื่อหน่วยงาน/บริษัท	_____		
ที่อยู่	_____		
แขวง/ตำบล	_____	เขต/อำเภอ	_____
จังหวัด	_____	รหัสไปรษณีย์	_____

**\*\*กรณี หน่วยงานเจ้าของเครื่องรับผิดชอบอัตราค่าตรวจวิเคราะห์ "ไม่ต้องดำเนินการกรอกข้อ 2"**

2. ชื่อหน่วยงานผู้รับผิดชอบอัตราค่าตรวจวิเคราะห์ (สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน)

ชื่อบริษัท/หน่วยงาน	_____		
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	_____		
ที่อยู่	_____		
แขวง/ตำบล	_____	เขต/อำเภอ	_____
จังหวัด	_____	รหัสไปรษณีย์	_____

รายละเอียดการติดต่อประสานงาน

ชื่อเจ้าหน้าที่ติดต่อ/ประสานงาน \_\_\_\_\_ หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_  
อีเมลหน่วยงาน/ผู้ติดต่อประสานงาน \_\_\_\_\_

ในการนี้มีความประสงค์

- รับประทานการตรวจวัดปริมาณรังสีจากเครื่องรังสีรักษา เพื่อตรวจตามมาตรฐานคุณภาพเครื่องรังสีรักษาประจำปี  
(ตามละเอียดแนบท้าย) ช่วงเวลาที่ต้องการรับบริการ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_
- ไม่ขอรับประทานการตรวจวัดปริมาณรังสีจากเครื่องรังสีรักษา

ข้าพเจ้ายินดีให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการตรวจสอบเครื่องตามมาตรฐานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หากเครื่องที่ตรวจสอบเกิดความเสียหาย  
ทางโรงพยาบาลจะไม่เรียกค่าเสียหายใด ๆ

ลงชื่อผู้ขอใช้บริการ \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

หมายเลขติดต่อ \_\_\_\_\_

ลงวันที่ \_\_\_\_\_

3. รายละเอียดการตรวจวิเคราะห์

รายการค่าขอรับบริการตรวจวิเคราะห์	อัตราค่าบริการตรวจวิเคราะห์
<b>ตรวจวัดปริมาณรังสี (Radiation dose measurement )</b>	
เครื่องเอกซเรย์รังสีรักษา จำนวน _____ เครื่อง	6,000 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
เครื่องโคบอลต์-60 จำนวน _____ เครื่อง	7,000 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
เครื่องเร่งอนุภาคโพตอนอย่างเดียว จำนวน _____ เครื่อง	7,000 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
เครื่องเร่งอนุภาคอิเล็กตรอนอย่างเดียว จำนวน _____ เครื่อง	15,000 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
เครื่องเร่งอนุภาคโพตอนและอิเล็กตรอน จำนวน _____ เครื่อง	15,000 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
<b>ตรวจสอบคุณภาพลำรังสี (Scanning beam profilers)</b>	
เครื่องเร่งอนุภาคโพตอนอย่างเดียว จำนวน _____ เครื่อง	7,500 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
เครื่องเร่งอนุภาคอิเล็กตรอนอย่างเดียว จำนวน _____ เครื่อง	7,500 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
เครื่องเร่งอนุภาคโพตอนและอิเล็กตรอน จำนวน _____ เครื่อง	8,500 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
<b>ตรวจวัดปริมาณรังสี Brachytherapy</b>	
ตรวจวัดค่ากัมมันตรังสี Ir-192 , Co-60 จำนวน _____ เครื่อง	3,000 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
<b>ตรวจสอบความปลอดภัยของห้อง</b>	
สำหรับเครื่องรังสีรักษา จำนวน _____ ห้อง	2,000 บาท/ห้อง รวม _____ บาท
<b>ตรวจสอบคุณภาพเชิงกลของเครื่องรังสีรักษา</b>	
เครื่องเอกซเรย์จำลองการฉายรังสีรักษา จำนวน _____ เครื่อง	3,000 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
<b>สำหรับการสอบเทียบห้องปฏิบัติการรังสีมาตรฐานทุติยภูมิ (SSDL) (กรุณากรอกเอกสารแนบ)</b>	
1.แบบรับ-ส่ง ตัวอย่าง เครื่องวัดรังสีรักษา จำนวน ____ฉบับ	
2.แบบรับ-ส่ง ตัวอย่าง เครื่องสำรวจรังสี/Pocket Dosimeter จำนวน ____ฉบับ	
3.แบบรับ-ส่ง ตัวอย่าง เครื่องวัดรังสีวินิจฉัย จำนวน ____ฉบับ	
<b>รวมอัตราค่าตรวจวิเคราะห์</b>	