

แบบ รับ-ส่ง วัสดุป้องกันรังสี

(Information for Radiation shielding material)

รายละเอียดผลิตภัณฑ์

ชื่อผลิตภัณฑ์ _____

รุ่นการผลิต/Serial No./Lot code _____

ประเภทผลิตภัณฑ์

 วัสดุผลิตจากตะกั่ว 100% วัสดุผลิตจากสารเทียบเท่าตะกั่ว (กรณาระบุ) _____

- ขนาดชิ้นงานวัสดุป้องกันรังสี ต้องไม่น้อยกว่า 15x15 ซม.
- วัสดุที่นำส่งมาทดสอบจะ ไม่ ส่งคืน ยกเว้นวัสดุที่ดำเนินการขึ้นรูปการผลิต อาทิเช่น เสื้อ/กระโปรง , แวนตา เป็นต้น
- กรุณาแนบเอกสารรับรองผลิตภัณฑ์ (ถ้ามี)

1. ชื่อหน่วยงานเจ้าของผลิตภัณฑ์ (กรอกข้อมูลภาษาอังกฤษ ใช้สำหรับการออกเอกสารรับรองการทดสอบผลิตภัณฑ์)

Employee Name _____

Address _____

Street Address _____

City _____

State/Province _____

Postal code _____

2. ชื่อหน่วยงานผู้รับผิดชอบอัตราค่าตรวจวิเคราะห์ (สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน)

ชื่อบริษัท/หน่วยงาน _____

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี _____

ที่อยู่ _____

แขวง/ตำบล _____

เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____

รหัสไปรษณีย์ _____

รายละเอียดการติดต่อประสานงาน (กรณีมีปัญหา)

ชื่อเจ้าหน้าที่ติดต่อ/ประสานงาน _____

หมายเลขโทรศัพท์ _____

อีเมลหน่วยงาน/ผู้ติดต่อประสานงาน _____

หมายเลขวิเคราะห์

3. รายการทดสอบความสามารถในการป้องกันรังสีของวัสดุป้องกันรังสี

รายการทดสอบ	อัตราค่าบริการตรวจวิเคราะห์
ทดสอบด้วย x-ray beam (กรุณาเลือกพลังงานสำหรับการทดสอบ) <input type="checkbox"/> 60 kVp <input type="checkbox"/> 70 kVp <input type="checkbox"/> 80 kVp <input type="checkbox"/> 90 kVp <input type="checkbox"/> 100 kVp <input type="checkbox"/> 120 kVp <input type="checkbox"/> 150 kVp	3,000 บาท x จำนวนพลังงาน
รวมอัตราค่าบริการวิเคราะห์	

หมายเหตุ : _____

<p>ผู้ดำเนินการส่งตัวอย่าง _____ (_____) หมายเลขติดต่อ _____ ลงวันที่ _____</p>	<p>ผู้ดำเนินการรับตัวอย่าง _____ (_____) หมายเลขติดต่อ _____ ลงวันที่ _____</p>
<p>(สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง) วันที่นำส่งเครื่อง _____ วันที่รับเครื่อง _____ การตรวจสอบเบื้องต้น 1. สิ่งบกพร่องทางกายภาพ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ 2. เอกสารประกอบ/เอกสารรับรองผลการทดสอบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี 3. ได้ตรวจค่าขอใช้บริการแล้ว <input type="checkbox"/> ถูกต้องครบถ้วน พร้อมส่งต่อเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> รายละเอียดไม่สอดคล้องกับงานที่สำนักรังสีฯ กำหนด ควรแจ้งต่อเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเพื่อพิจารณาต่อไป ลงชื่อเจ้าหน้าที่ _____</p>	<p>(สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ) วันที่รับเครื่อง _____ การตรวจสอบเบื้องต้น 1. ตรวจสอบอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ 2. สภาพอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ 3. การทำงานระบบ <input type="checkbox"/> ทำงาน <input type="checkbox"/> ไม่ทำงาน ลงชื่อเจ้าหน้าที่ _____ วันที่นำส่งเครื่อง _____ ลงชื่อเจ้าหน้าที่ _____</p>