

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอให้สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ส่งเจ้าหน้าที่เข้าทดสอบคุณภาพเครื่องเอ็มอาร์ไอและการตรวจสอบความปลอดภัยห้องเอ็มอาร์ไอ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ขอรับบริการ

ผู้ขอรับบริการ/หน่วยงาน.....  
ที่อยู่.....  
ผู้ติดต่อ.....

2. สถานที่และที่อยู่ที่ตั้งเครื่องสำหรับทดสอบและออกรายงานผล  ตามข้อ 1.

ชื่อหน่วยงาน.....  
ที่อยู่.....  
ผู้ติดต่อ.....

3. ชื่อและที่อยู่สำหรับออกใบแจ้งอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์  ตามข้อ 1.  ตามข้อ 2.

หน่วยงาน/สถานที่.....  
ที่อยู่.....  
โทร. ....

4. การจัดส่งรายงานผล

- รับด้วยตนเอง โดยยินยอมให้เจ้าหน้าที่พิมพ์รายงานผลผ่านระบบ iLab Plus  
ชื่อผู้ติดต่อ.....โทร. ....
  - ส่งทางไปรษณีย์ โดยยินยอมให้เจ้าหน้าที่พิมพ์รายงานผลผ่านระบบ iLab Plus
    - ที่อยู่ตามข้อ 1.  ที่อยู่ตามข้อ 2.  ที่อยู่ตามข้อ 3.
    - อื่น ๆ ที่อยู่.....
- โทร. ....

E-Report พิมพ์รายงานผลผ่านระบบ iLab Plus ด้วยตนเอง

5. วัตถุประสงค์เพื่อ  ติดตั้งเครื่องใหม่  ทดสอบคุณภาพประจำปี  อื่น ๆ .....

6. วิธีการทดสอบ/วิธีมาตรฐาน : ข้อกำหนดการควบคุมคุณภาพเครื่องเอ็มอาร์ไอ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พ.ศ. 2566

7. ข้อมูลรายละเอียดตัวอย่าง จำนวน.....เครื่อง .....ห้อง มีรายการดังต่อไปนี้ หรือ  ตามเอกสารแนบ

ลำดับ	ยี่ห้อ	รุ่น	หมายเลขเครื่อง	ความแรง (เทสลา)	อายุการใช้งาน (ปี)	ประสงค์ตรวจวิเคราะห์	
						<input type="radio"/> เครื่อง	<input type="radio"/> ห้อง
						<input type="radio"/> เครื่อง	<input type="radio"/> ห้อง
						<input type="radio"/> เครื่อง	<input type="radio"/> ห้อง
						<input type="radio"/> เครื่อง	<input type="radio"/> ห้อง
						<input type="radio"/> เครื่อง	<input type="radio"/> ห้อง

โดยข้าพเจ้ายินดีชำระค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และการให้บริการ ตามระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งนี้ หากการทดสอบคุณภาพเครื่องเอ็มอาร์ไอและความปลอดภัยห้องเอ็มอาร์ไอได้ดำเนินการตามมาตรฐานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์แล้ว และเกิดความเสียหายจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใด ๆ ทั้งสิ้น

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ขอรับบริการ .....

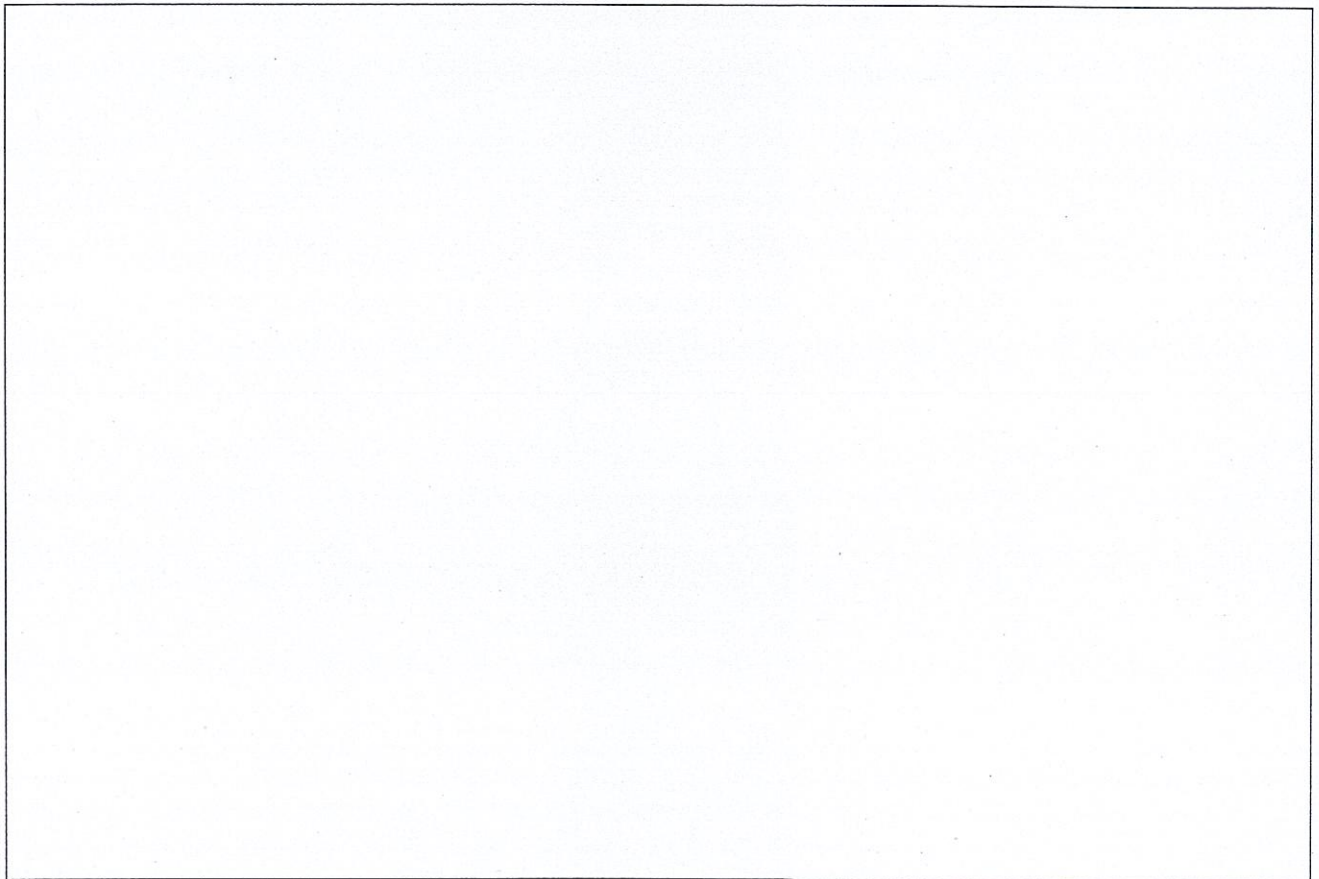
(.....)

รายละเอียดการตรวจวิเคราะห์

ลำดับที่	รายการตรวจวิเคราะห์	อัตราค่าบริการ/เครื่อง (บาท)	ประมาณการค่าบริการ		
			จำนวนหน่วย	รวม (บาท)	
1	เครื่องเอ็มอาร์ไอ	6,000			
2	ห้องเอ็มอาร์ไอ	1,000			
รวมประมาณการค่าตรวจวิเคราะห์					

หมายเหตุ : กรณีเครื่องใหม่ต้องตรวจสอบความปลอดภัยห้องเอ็มอาร์ไอ

แผนที่สถานที่ติดตั้งเครื่องเอ็มอาร์ไอโดยย่อ



กลุ่มคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์  
 โทร. 0-2951-0000 ต่อ 99663, 98035 โทรสาร 0-2951-1028

ทบทวนคำขอรับบริการ (สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ)

- สามารถให้บริการได้
- ไม่สามารถให้บริการได้ เนื่องจาก.....

ผู้ทบทวน..... วันที่...../...../.....