

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอให้สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ทดสอบผลิตภัณฑ์ใช้ฆ่าเชื้อโรคด้วยรังสี UVC ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ขอรับบริการ

ผู้ขอรับบริการ/หน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

ผู้ติดต่อ.....

2. สถานที่และที่อยู่ที่ตั้งเครื่อง และออกรายงานผล ตามข้อ 1.

ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

ผู้ติดต่อ.....

3. ชื่อและที่อยู่สำหรับออกใบแจ้งอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์ ตามข้อ 1. ตามข้อ 2.

หน่วยงาน/สถานที่.....

ที่อยู่.....

โทร.

4. รายละเอียดตัวอย่าง (กรอกแบบฟอร์มรายละเอียดผลิตภัณฑ์)**5. 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**6. การรับตัวอย่างคืน** ไม่รับคืน รับคืนพร้อมรายงานผล (กรณีรับคืนทางไปรษณีย์ หรือ E-Report จะไม่ส่งตัวอย่างคืนให้ต้องมารับเอง)

หมายเหตุ: หากไม่มารับตัวอย่างคืนภายใน 30 วัน หลังรับผลวิเคราะห์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

จะดำเนินการจัดการตัวอย่างที่เหลือตามความเหมาะสม

โดยข้าพเจ้ายินดีชำระค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และการให้บริการ ตามระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
ทั้งนี้ หากการทดสอบผลิตภัณฑ์ใช้ฆ่าเชื้อโรคด้วยรังสี UVC เกิดความเสียหายจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใด ๆ ทั้งสิ้น

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ขอรับบริการ

(.....)

รายละเอียดตัวอย่าง

ผลิตภัณฑ์ใช้ฆ่าเชื้อโรคด้วยรังสี UVC :

ยี่ห้อ : รุ่น :

S/N : ขนาดกำลังไฟฟ้า:วัตต์ ความยาวของหลอดรังสี UVC :เมตร

ประเภทหลอดรังสี UVC :

- LED UV lamp Low/Medium pressure Hg/Amalgam discharge lamp
 Xenon UV lamp อื่นๆ (ระบุ)

ประเภทการใช้งาน :

- LED UV lamp Low/Medium pressure Hg/Amalgam discharge lamp
 Xenon UV lamp อื่นๆ (ระบุ)

การฆ่าเชื้อ :

- วัสดุผิวเรียบ ในอากาศ หน้ากากอนามัย หน้ากาก N95/หน้ากากทางการแพทย์
 อื่นๆ (ระบุ)

ระยะทางที่ใช้งาน : 1.เซนติเมตร / ฟุต / เมตร	อัตราการใช้งาน :ชม.นาที ต่อครั้ง
2.เซนติเมตร / ฟุต / เมตร	อัตราการใช้งาน :ชม.นาที ต่อครั้ง
3.เซนติเมตร / ฟุต / เมตร	อัตราการใช้งาน :ชม.นาที ต่อครั้ง
4.เซนติเมตร / ฟุต / เมตร	อัตราการใช้งาน :ชม.นาที ต่อครั้ง
5.เซนติเมตร / ฟุต / เมตร	อัตราการใช้งาน :ชม.นาที ต่อครั้ง
6.เซนติเมตร / ฟุต / เมตร	อัตราการใช้งาน :ชม.นาที ต่อครั้ง

ประวัติการใช้งาน :ปีเดือนวัน ประวัติการซ่อม : ไม่มี มี(ระบุ)

รายละเอียดการตรวจวิเคราะห์

ลำดับที่	รายการตรวจวิเคราะห์	อัตราค่าบริการ/เครื่อง (บาท)	ประมาณการค่าบริการ	
			จำนวนเครื่อง	รวม (บาท)
1	ผลิตภัณฑ์ใช้ฆ่าเชื้อโรคด้วยรังสี UVC	6,000		
รวมประมาณการค่าตรวจวิเคราะห์				

กลุ่มคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

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

ทบทวนคำขอรับบริการ (สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ)

- สามารถให้บริการได้
 ไม่สามารถให้บริการได้ เนื่องจาก.....

ผู้ทบทวน..... วันที่...../...../.....