

วันที่.....

**เรียน ผู้อำนวยการสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์**

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอให้สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ส่งเจ้าหน้าที่เข้าทดสอบคุณภาพเครื่องเอ็มอาร์ไอและการตรวจสอบความปลอดภัยห้องเอ็มอาร์ไอ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

**1. ผู้ขอรับบริการ**

ผู้ขอรับบริการ/หน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

ผู้ติดต่อ.....

**2. สถานที่และที่อยู่ที่ตั้งเครื่องสำหรับทดสอบและออกรายงานผล  ตามข้อ 1.**

ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

ผู้ติดต่อ.....

**3. ชื่อและที่อยู่สำหรับออกใบแจ้งอัตราค่าบริการตรวจวิเคราะห์  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. 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

### แบบบันทึกข้อตกลงการรายงานความสอดคล้องและกฎการตัดสินใจ

ข้อตกลงนี้กระทำโดย ข้าพเจ้า..... และห้องปฏิบัติการ ของกลุ่มคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้ารายละเอียด ดังนี้

- 1) ข้าพเจ้าประสงค์ให้รายงานความสอดคล้อง และเห็นชอบให้ห้องปฏิบัติการใช้เกณฑ์การตัดสินใจ ดังนี้
  - [ ] กรณีมีข้อกำหนดการตัดสินใจผลตามกฎหมาย มาตรฐานสากล กำหนดไว้แล้ว ให้ทางห้องปฏิบัติการรายงานผล “ผ่าน/ไม่ผ่าน” โดยใช้ค่าการตัดสินใจผลการทดสอบตามที่กฎหมาย หรือมาตรฐานสากลกำหนด
  - [ ] กรณีรายการทดสอบนั้นไม่มีกฎหมาย หรือมาตรฐานใด ๆ กำหนดแนวทางการตัดสินใจ ให้ทางห้องปฏิบัติการรายงานผล “ผ่าน/ไม่ผ่าน” โดยตัดสินใจผลการทดสอบตามข้อกำหนดของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ข้อกำหนดการควบคุมคุณภาพเครื่องเอ็มอาร์ไอ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข)
  - [ ] ให้ทางห้องปฏิบัติการรายงานผล “ผ่าน/ไม่ผ่าน” โดยใช้ค่าการตัดสินใจผลการทดสอบที่ข้าพเจ้าเป็นผู้กำหนด (โปรดระบุหรือแนบเอกสาร) .....
- 2) ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และการให้บริการ ตามระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งนี้ หากการทดสอบคุณภาพเครื่องเอ็มอาร์ไอและการตรวจสอบความปลอดภัยห้องเอ็มอาร์ไอได้ดำเนินการตามมาตรฐานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์แล้ว และเกิดความเสียหายจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใด ๆ ทั้งสิ้น
- 3) ข้าพเจ้ายินดีรับผลกระทบจากการรายงานความสอดคล้องของห้องปฏิบัติการ ตามเงื่อนไขที่ได้ตกลงกันไว้ โดยจะไม่เรียกร้องความเสียหายใด ๆ จากห้องปฏิบัติการในภายหลัง  
ผู้รับบริการ และ ผู้ให้บริการ ได้พิจารณารายละเอียดต่าง ๆ และเงื่อนไขของทั้งสองฝ่ายแล้ว เห็นชอบร่วมกันจึงได้ลงนามไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับบริการ  
( \_\_\_\_\_ )

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ลงวันที่.....

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ให้บริการ  
( \_\_\_\_\_ )

ตำแหน่ง.....

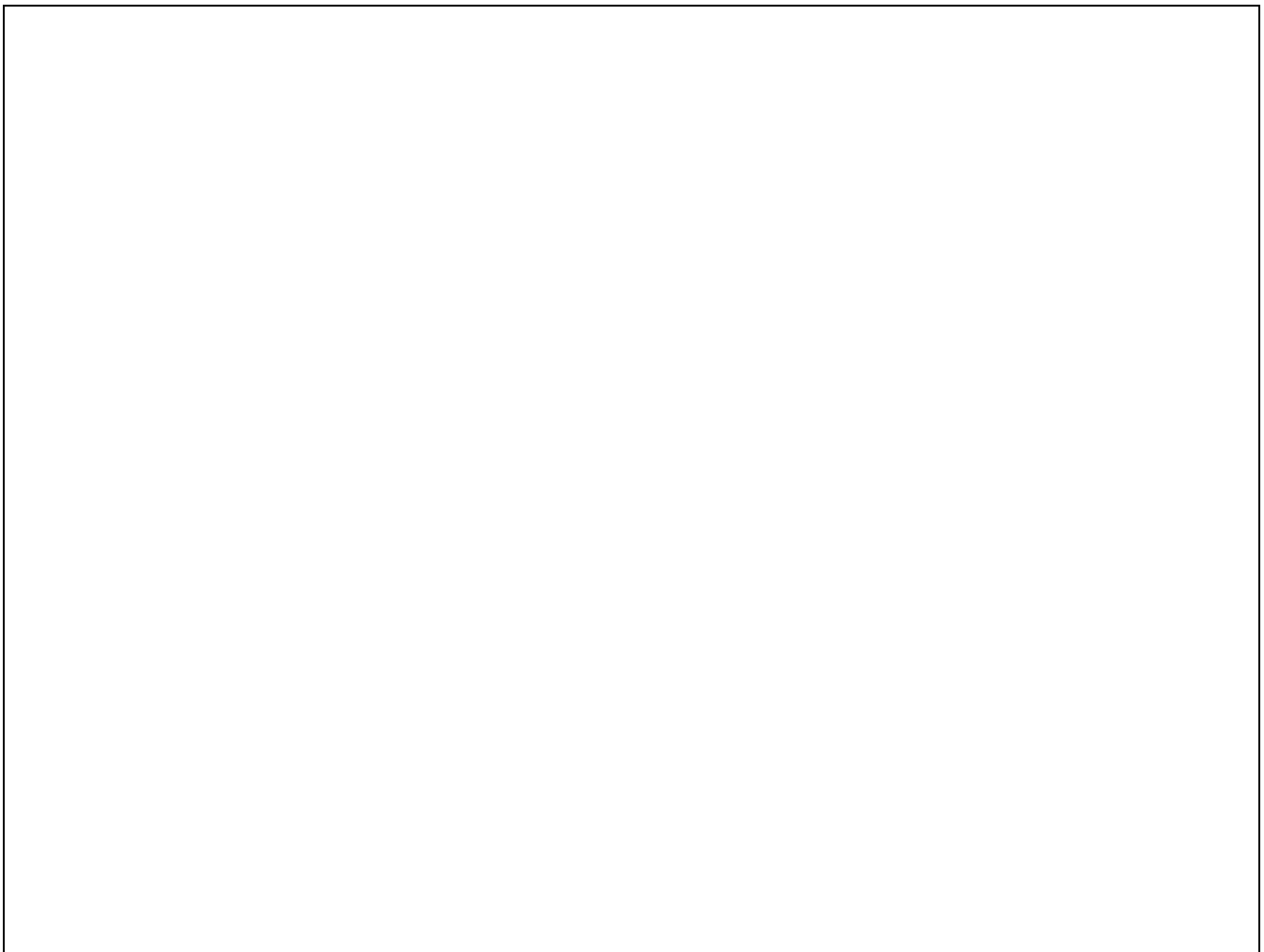
ลงวันที่.....

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