

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

- รับบริการตรวจวัดปริมาณรังสีจากเครื่องรังสีรักษา เพื่อตรวจตามมาตรฐานคุณภาพเครื่องรังสีรักษาประจำปี
(ตามละเอียดแนบท้าย) ช่วงเวลาที่ต้องการรับบริการ เดือน _____ พ.ศ. _____
- ไม่ขอรับบริการตรวจวัดปริมาณรังสีจากเครื่องรังสีรักษา

ข้าพเจ้ายินดีให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการตรวจสอบเครื่องตามมาตรฐานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หากเครื่องที่ตรวจสอบเกิดความเสียหาย
ทางโรงพยาบาลจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใด ๆ

ลงชื่อผู้ขอใช้บริการ.....
(.....)
หมายเลขติดต่อ.....
ลงวันที่.....

ชื่อหน่วยงานเจ้าของเครื่อง (โรงพยาบาล/หน่วยงาน).....

3. รายละเอียดการตรวจวิเคราะห์

รายการคำขอรับบริการตรวจวิเคราะห์	อัตราค่าบริการตรวจวิเคราะห์
ตรวจวัดปริมาณรังสี (Radiation dose measurement)	
เครื่องเอกซเรย์รังสีรักษา จำนวน _____ เครื่อง	5,400 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
เครื่องโคบอลต์-60 จำนวน _____ เครื่อง	6,300 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
เครื่องเร่งอนุภาคโฟตอนอย่างเดียว จำนวน _____ เครื่อง	6,300 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
เครื่องเร่งอนุภาคอิเล็กตรอนอย่างเดียว จำนวน _____ เครื่อง	13,500 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
เครื่องเร่งอนุภาคโฟตอนและอิเล็กตรอน จำนวน _____ เครื่อง	13,500 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
ตรวจสอบคุณภาพลำรังสี (Scanning beam profilers)	
เครื่องเร่งอนุภาคโฟตอนอย่างเดียว จำนวน _____ เครื่อง	6,750 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
เครื่องเร่งอนุภาคอิเล็กตรอนอย่างเดียว จำนวน _____ เครื่อง	6,750 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
เครื่องเร่งอนุภาคโฟตอนและอิเล็กตรอน จำนวน _____ เครื่อง	7,650 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
ตรวจวัดปริมาณรังสี Brachytherapy	
ตรวจวัดค่ากัมมันตรังสี Ir-192 , Co-60 จำนวน _____ เครื่อง	2,700 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
ตรวจสอบความปลอดภัยของห้อง	
สำหรับเครื่องรังสีรักษา จำนวน _____ ห้อง	2,000 บาท/ห้อง รวม _____ บาท
ตรวจสอบคุณภาพเชิงกลของเครื่องรังสีรักษา	
เครื่องเอกซเรย์จำลองการฉายรังสีรักษา จำนวน _____ เครื่อง	3,000 บาท/เครื่อง รวม _____ บาท
สำหรับการสอบเทียบห้องปฏิบัติการรังสีมาตรฐานทุติยภูมิ (SSDL) (กรรณกรอกเอกสารแนบ)	
1.แบบรับ-ส่ง ตัวอย่าง เครื่องวัดรังสีรักษา จำนวน _____ ฉบับ	
2.แบบรับ-ส่ง ตัวอย่าง เครื่องสำรวจรังสี/Pocket Dosimeter จำนวน _____ ฉบับ	
3.แบบรับ-ส่ง ตัวอย่าง เครื่องวัดรังสีวินิจฉัย จำนวน _____ ฉบับ	
รวมอัตราค่าตรวจวิเคราะห์	