



สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

88/7 หมู่ 4 ซ.ติวานนท์ 14 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี 11000

โทร 0 2951 0000 ต่อ 99851-53 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1825 7412

แบบคำขอรายงานปริมาณรังสี

ชื่อผู้รับบริการ.....หน่วยงาน.....

แผนก/ฝ่าย/กลุ่ม.....รหัสสถานที่.....

ทำเครื่องหมาย (✓) เพื่อเลือกประเภทรายการ**1. ระบุเดือน/ปี ที่ต้องการขอรายงานปริมาณรังสี**

() รายปี

() ราย 5 ปี.....

2. เลือกวิธีการจัดส่งเพียง 1 ช่องทาง

() ส่งรายงานทาง E-mail

() ส่งรายงานทางไปรษณีย์

กรณี จัดส่งทางไปรษณีย์โปรดกรอรายละเอียด

ชื่อผู้รับ.....

ชื่อสถานที่.....แผนก/ฝ่าย/กลุ่ม.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ผู้ขอรับบริการ	สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์
ผู้ขอ ลงชื่อ..... (.....)	ผู้อนุมัติ ลงชื่อ..... (.....)
ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง
วันที่.....	วันที่.....