

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอให้สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ส่งเจ้าหน้าที่เข้าทดสอบมาตรฐานคุณภาพเครื่องเอกซเรย์วินิจฉัย โดยขอรับบริการแบบ  กรณีปกติ  กรณีเร่งด่วน (Fasttrack) (กรณีเร่งด่วนค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์อัตราสองเท่าของอัตราปกติ) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ขอรับบริการ

ผู้ขอรับบริการ/หน่วยงาน.....

ที่อยู่ :.....

ผู้ติดต่อ.....โทร.....E-mail:.....

2. สถานที่และที่อยู่สำหรับทดสอบและออกรายงานผล  ตามข้อที่ 1.

หน่วยงาน/สถานที่.....

ที่อยู่ :.....

โทร.....วันเปิดทำการ.....เวลาเปิด-ปิด.....

3. ชื่อและที่อยู่สำหรับออกใบแจ้งอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และการให้บริการ  ตามข้อที่ 1.  ตามข้อที่ 2.

หน่วยงาน/สถานที่.....

ที่อยู่ :.....

โทร.....

4. การจัดส่งรายงานผล

รับด้วยตนเอง ชื่อผู้ติดต่อ.....โทร.....

ส่งทางไปรษณีย์ตามข้อที่ 1.  ส่งทางไปรษณีย์ตามข้อที่ 2.  ส่งทางไปรษณีย์ตามข้อที่ 3.

e-Report (ผ่านระบบรับส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ iLab plus)

ส่งทางไปรษณีย์ไปที่.....

ที่อยู่ :.....

5. วัตถุประสงค์เพื่อ  แจ้งครอบครองหรือใช้ฯ  ทดสอบมาตรฐานคุณภาพฯ ประจำปี  อื่นๆ .....

6. ข้อมูลรายละเอียดตัวอย่าง จำนวน.....เครื่อง.....ห้อง  ตามเอกสารแนบ มีรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	ยี่ห้อเครื่อง	รุ่นเครื่อง	หมายเลขเครื่อง	ชนิดตัวอย่าง*	ประสงค์ตรวจ	
					<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 ตามระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ ทั้งนี้ หากการทดสอบมาตรฐานเครื่องเอกซเรย์ได้ดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์แล้ว และเกิดความเสียหายจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ขอรับบริการ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

<input type="radio"/> one stop service <input type="radio"/> Teller <input type="radio"/> Bill <input type="radio"/> GFMS การชำระค่าตรวจวิเคราะห์ฯ จำนวนเงิน.....บาท วันที่...../...../..... เลขที่..... ลงชื่อ.....วันที่...../...../.....	ทบทวนคำขอรับบริการ (สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ) <input type="radio"/> สามารถให้บริการได้ <input type="radio"/> ไม่สามารถให้บริการได้ เนื่องจาก..... ผู้ทบทวน.....วันที่...../...../.....
--	--

\* นำตัวเลขด้านล่างใส่ในตารางช่อง “ชนิดตัวอย่าง” หน้าที่ 1 ให้ตรงกับชนิดตัวอย่างที่ต้องการทดสอบ

ชนิดตัวอย่าง	อัตราค่าบริการ (บาท)	ประมาณการค่าบริการ	
		จำนวนหน่วย	รวม (บาท)
1. เครื่องเอกซเรย์ฟลูออโรสโคปี	4,500		
2. เครื่องเอกซเรย์ฟลูออโรสโคปีแบบหมุนได้ (C-Arm, O-Arm, G-Arm)	4,500		
3. เครื่องเอกซเรย์วินิจฉัยทั่วไป	3,500		
4. เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่	3,500		
5. เครื่องเอกซเรย์สแตนด์	3,500		
6. เครื่องเอกซเรย์ระบบหลอดเลือดแบบระนาบเดียว	4,500		
7. เครื่องเอกซเรย์ระบบหลอดเลือดแบบสองระนาบ	9,000		
8. เครื่องจำลองการรักษาแบบทั่วไป	4,000		
9. เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์	6,000		
10. เครื่องจำลองการรักษาแบบคอมพิวเตอร์	6,000		
11. เครื่องเอกซเรย์เต้านม	6,000		
12. เครื่องเอกซเรย์ทันตกรรม	2,000		
13. เครื่องตรวจความหนาแน่นของกระดูก	2,000		
14. เครื่องเอกซเรย์สัณนิษฐานและเครื่องเอกซเรย์อุตสาหกรรมอื่นๆ *	2,000		
15. เครื่องเอกซเรย์วิเคราะห์หิวใจ *	2,000		
16. ตรวจสอบความปลอดภัยจากรังสีของห้องเอกซเรย์วินิจฉัย	1,000		
17. ตรวจสอบความปลอดภัยจากรังสีของรถเอกซเรย์วินิจฉัย	1,000		
18. เครื่องเอกซเรย์อื่นๆ *	5,000		
19. เครื่องสร้างภาพทางรังสีระบบดิจิทัล *	2,000		
20. เครื่องอัลตราซาวด์ (2 หัววัด) *	2,000		
<b>รวมประมาณการค่าตรวจวิเคราะห์ (บาท)</b>			

\* ชนิดตัวอย่างที่ไม่เปิดให้บริการเร่งด่วน (Fasttrack)

### แผนที่สถานประกอบการโดยย่อ

