

## แบบฟอร์มส่งตัวอย่างอาหาร ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 5 สมุทรสงคราม

กรุณากรอกข้อความและทำเครื่องหมาย  ใน  ให้ครบถ้วน วันที่.....

## 1. ผู้นำส่งตัวอย่าง (รายละเอียดที่ต้องการให้ระบุในใบรายงานผลการทดสอบ)

ส่งในนาม(ชื่อบุคคล/บริษัท/ห้าง/ร้าน).....

ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... Email.....

## 2. วัตถุประสงค์ที่ส่งตรวจ

ขึ้นทะเบียน อย.ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่.....

ตรวจสอบคุณภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่.....

ตรวจสอบ (รายการที่ไม่ผ่าน) ได้แก่.....

ตรวจสอบคุณภาพอื่น ๆ (ระบุรายการ).....

## 3. รายละเอียดตัวอย่าง (กรอกรายละเอียด ในหน้า 2)

4. สภาพการเก็บรักษาตัวอย่าง  อุณหภูมิห้อง (ไม่เกิน 30°C)  ตูเย็น/ตู้แช่ (2-8°C)  ตู้แช่แข็ง  อื่นๆ ระบุ.....

5. เอกสารประกอบ  อ.17  สบ.3  Spec.อย.  บันทึกการเก็บฯ  สำเนาเดิม  อื่นๆ.....

6. การออกผลการทดสอบ  ภาษาไทย  ภาษาอังกฤษ (เพิ่มฉบับละ 300 บาท) โดยแนบรายละเอียดภาษาอังกฤษที่จำเป็น

7. การรับรายงานผลการทดสอบ  รับด้วยตนเอง  ส่งทางไปรษณีย์ (ที่อยู่ตามข้อ 1) หรือระบุที่อยู่.....

8. การรับตัวอย่างคืน  ไม่รับคืน  รับคืนพร้อมรายงานผลการทดสอบ (กรณีรับผลทางไปรษณีย์จะไม่ส่งตัวอย่างคืนให้)

หมายเหตุ : หากไม่มารับตัวอย่างคืนภายใน 30 วัน หลังรับผลการทดสอบ ศูนย์ฯ จะดำเนินการกับตัวอย่างที่เหลือตามความเหมาะสม

ลงชื่อ.....ผู้ส่งตัวอย่าง

(.....)

## สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้รับตัวอย่างไว้ทดสอบแล้ว

หมายเลขตัวอย่าง.....

ค่าบำรุงการทดสอบ จำนวน.....บาท

อื่นๆ.....

ลงชื่อ (.....)

ผู้รับตัวอย่าง

จำนวนตัวอย่างทั้งหมด.....ตัวอย่าง

วันที่.....เวลา.....

กำหนดวันรับผล.....

หมายเหตุ

หน้า 1 ของ 2 หน้า

1.โอนเงินเข้าบัญชี “ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 5 สมุทรสงคราม” เลขที่ 709-1-52637-6 ธนาคารกรุงไทย สาขาสมุทรสงคราม

2.แบบสลิปการโอนเงินพร้อมใบนำส่งตัวอย่างไปที่ Line ID: 0805168650

3.ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 5 สมุทรสงคราม ออกใบเสร็จรับเงินตามชื่อที่อยู่ที่ได้แจ้งในใบนำส่งตัวอย่างส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียน

## แบบฟอร์มส่งตัวอย่างอาหาร ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 5 สมุทรสงคราม

## 3. รายละเอียดตัวอย่าง

3.1 รายละเอียดตัวอย่าง : หมายเลขตัวอย่าง.....

ชื่อตัวอย่าง.....

ชนิดตัวอย่าง.....

ลักษณะตัวอย่าง.....

ภาชนะบรรจุ.....

จำนวนตัวอย่างที่ส่งตรวจ..... (ปริมาณ x จำนวน) ฉลาก  ไม่มี  มี ( ข้าวขาว  ถาวร)ระบุผู้ผลิต/สถานที่ผลิต  ตามข้อ 1  ตามฉลาก  อื่นๆ.....วันที่ผลิต.....  ตามฉลาก  ตามเอกสารแนบ รุ่นการผลิต (ถ้ามี).....  ตามฉลาก  ตามเอกสารแนบวันหมดอายุ.....  ตามฉลาก  ตามเอกสารแนบ

3.2 กรณีตัวอย่างผลิตภัณฑ์พร้อมบริโภคชนิดเหลว (เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท, กาแฟปรุงสำเร็จ, ชาปรุงสำเร็จ, นมถั่วเหลือง)

กรรมวิธีผลิต  สเตอริไลส์ หรือ ยู เอช ที พาสเจอร์ไรส์ → ระบุ pH  น้อยกว่า 4.3  มากกว่าหรือเท่ากับ 4.3

3.3 กรณีตัวอย่างเครื่องดื่ม, กาแฟ, ชา, นมถั่วเหลือง ชนิดเข้มข้นหรือชนิดแห้ง

อัตราส่วนการละลาย/เจือจาง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่แจ้งต่อลูกค้า	สำหรับลูกค้า
<p>1. กรณีมีการเบี่ยงเบนจากข้อตกลง ทำให้มีผลกระทบต่อ</p> <p><input type="checkbox"/> ระยะเวลาแล้วเสร็จตามคู่มือการให้บริการของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 5 สมุทรสงคราม</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>2. กรณีที่ระบุรายละเอียดของตัวอย่างไม่ตรงกับตัวอย่าง รายละเอียดของตัวอย่างที่นำส่ง มีความสำคัญในการรายงานผลการทดสอบ ขอให้ท่านตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วน ก่อนยื่นขอทำการทดสอบ ศูนย์ฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่แก้ไขรายงานผลการทดสอบที่ไม่ตรงกับแบบฟอร์มส่งตัวอย่างอาหาร</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่.....</p>	<p>ข้าพเจ้า</p> <p>1. ขอยืนยันจะส่งตัวอย่างทดสอบ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 5 สมุทรสงคราม โดยได้รับทราบและยอมรับการเบี่ยงเบนจากข้อตกลงดังกล่าว</p> <p>2. ได้ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วน ของข้อมูลที่ให้เรียบร้อยแล้ว</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่.....</p>