

ส่วนที่ 1 คำขอรับบริการ (กรุณากรอกข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจน)

เลขที่ตัวอย่าง(สำหรับเจ้าหน้าที่)วันที่รับตัวอย่าง.....เวลา

ชื่อหน่วยงาน(ออกใบเสร็จรับเงิน).....

ที่อยู่(ออกใบเสร็จรับเงิน).....

ชื่อหน่วยงาน(ออกใบรายงานผล).....กรณีเหมือนในใบเสร็จรับเงินไม่ต้องกรอก

ที่อยู่ (ออกใบรายงานผล).....

ประเภทกิจการ :..... โทรศัพท์ :..... โทรสาร :.....

วันที่เก็บตัวอย่างเวลา.....น. วัตถุประสงค์ที่ส่งตรวจ

จำนวน.....ตัวอย่าง ปริมาณ.....ลิตร ภาชนะบรรจุ.....

ประเภทตัวอย่าง น้ำดื่ม/ปริโศค น้ำอุปโภค น้ำจากแหล่งน้ำผิวดิน น้ำใต้ดิน / น้ำบาดาล น้ำเสีย / น้ำทิ้งจากโรงงาน - จากระบบบำบัด น้ำเสีย / น้ำทิ้งชุมชน อื่นๆ (ระบุ).....การรายงานค่าความไม่แน่นอนของผลการทดสอบ ให้รายงาน ไม่ได้ระบุให้รายงาน

รายการที่ต้องการตรวจวิเคราะห์ทดสอบ

รายการทดสอบ	ราคา/ตัวอย่าง (บาท)	ระยะเวลา ทดสอบ	รายการทดสอบ	ราคา/ตัวอย่าง (บาท)	ระยะเวลา ทดสอบ
<input type="checkbox"/> ความเป็นกรด-ด่าง (pH)	150	1 วัน	<input type="checkbox"/> บีโอดี (BOD)	400	6 วัน
<input type="checkbox"/> การนำไฟฟ้า (Conductivity, C)	150	1 วัน	<input type="checkbox"/> ซีโอดี (COD)	400	1 วัน
<input type="checkbox"/> สี (Color)	150	1 วัน	<input type="checkbox"/> ปริมาณออกซิเจนละลาย (DO)	300	1 วัน
<input type="checkbox"/> ความขุ่น (Turbidity)	200	1 วัน	<input type="checkbox"/> ไนโตรเจนทั้งหมด (TKN)	400	1 วัน
<input type="checkbox"/> ของแข็งทั้งหมด (TS)	300	3 วัน	<input type="checkbox"/> ไนโตรเจน (NO ₂)	300	1 วัน
<input type="checkbox"/> ของแข็งที่ละลายได้ทั้งหมด (TDS)	300	3 วัน	<input type="checkbox"/> ไนเตรท (NO ₃)	300	1 วัน
<input type="checkbox"/> สารแขวนลอย (TSS)	300	3 วัน	<input type="checkbox"/> เหล็ก (Fe)	400	5 วัน
<input type="checkbox"/> ตะกอนหนัก (Settleable Solids)	300	3 วัน	<input type="checkbox"/> แมงกานีส (Mn)	400	5 วัน
<input type="checkbox"/> ความกระด้างทั้งหมด (Total Hardness)	300	1 วัน	<input type="checkbox"/> ตะกั่ว (Pb)	400	5 วัน
<input type="checkbox"/> ความกระด้างถาวร	300	1 วัน	<input type="checkbox"/> แคดเมียม (Cd)	400	5 วัน
<input type="checkbox"/> ความกระด้างชั่วคราว	300	1 วัน	<input type="checkbox"/> สังกะสี (Zn)	400	5 วัน
<input type="checkbox"/> คลอไรด์ (Chloride, Cl ⁻)	300	1 วัน	<input type="checkbox"/> ทองแดง (Cu)	400	5 วัน
<input type="checkbox"/> คลอไรด์ทั้งหมด (Total Chloride)	300	1 วัน	<input type="checkbox"/> โครเมียม (Cr)	400	5 วัน
<input type="checkbox"/> คลอไรด์อิสระ (Free Residual Chloride)	300	1 วัน	<input type="checkbox"/> พลังงานความร้อน	500	5 วัน
<input type="checkbox"/> ฟลูออไรด์ (Fluoride, F ⁻)	300	1 วัน	รายการทดสอบทางจุลชีววิทยา		
<input type="checkbox"/> ซัลไฟต์ (SO ₃ ²⁻)	300	1 วัน	<input type="checkbox"/> Standard Plate Count	400 / 500	5 วัน
<input type="checkbox"/> ซัลเฟต (SO ₄ ²⁻)	300	1 วัน	<input type="checkbox"/> Total Coliform Bacteria (TCB)	400 / 500	5 วัน
<input type="checkbox"/> ไซยาไนต์ (CN ⁻)	300	1 วัน	<input type="checkbox"/> Fecal Coliform Bacteria (FCB)	400 / 500	5 วัน
<input type="checkbox"/> น้ำมันและไขมัน (Oil & Grease)	500	1 วัน	<input type="checkbox"/> <i>Escherichia Coli</i>	400 / 500	5 วัน

สำหรับเจ้าหน้าที่ จำนวนตัวอย่าง ตัวอย่าง จำนวนรายการทดสอบรายการ คิดเป็นเงินทั้งสิ้น บาท

สำหรับเจ้าหน้าที่ ลักษณะทั่วไปตัวอย่าง

เกณฑ์การรับตัวอย่าง เหมาะสม ไม่เหมาะสม เนื่องจาก

ลงชื่อ :.....

ลงชื่อ :.....

(.....)

(.....)

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ผู้นำส่งตัวอย่าง

เจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การทบทวนคำขอรับบริการ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

รายละเอียดของการทบทวนคำขอรับบริการ:					
ความพร้อมของ ผู้ปฏิบัติงาน	ช่วงระยะเวลา ที่ปฏิบัติงานได้	สภาพเครื่องมือ และอุปกรณ์	ความพร้อมของ วัสดุ สารเคมี	ความเหมาะสมของ ภาวะแวดล้อม สถานที่	วิธีทดสอบ

รายละเอียดของการปรึกษาหารือ/ถกปัญหากับลูกค้า

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของการทบทวน (ถ้ามี)

สรุปผลการทบทวน: รับงาน ต้องปรับปรุงแก้ไขคำขอรับบริการ ปฏิเสธลงชื่อ : (ผู้ทบทวน) วันที่/...../.....
() ได้แจ้งลูกค้าเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อมีการเบี่ยงเบนไปจากคำขอรับบริการ วันที่/...../.....

กรณีมีการเปลี่ยนแปลงข้อตกลงหลังจากได้เริ่มปฏิบัติงานทดสอบแล้ว รายละเอียดของการเปลี่ยนแปลง

 ได้ทบทวนใหม่ตั้งแต่ต้นแล้ว สามารถให้บริการได้ และได้แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ ได้ทบทวนใหม่ตั้งแต่ต้นแล้ว ไม่สามารถให้บริการได้ และได้แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบลงชื่อ : (ผู้ทบทวน) วันที่/...../.....
()รายการชำระค่าบริการตรวจวิเคราะห์

จำนวนตัวอย่างทั้งหมด ตัวอย่าง รายการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด รายการ

อัตราค่าตรวจวิเคราะห์คิดเป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

ใบเสร็จรับเงินเลขที่ :

ลงชื่อ :

ลงชื่อ :

(.....)

(.....)

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

เจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง

เจ้าหน้าที่การเงิน