



ใบขอรับบริการ

หน่วยตรวจสอบคุณภาพวัตถุดิบสัตว์น้ำ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำชายฝั่งเขต๑(ฉะเชิงเทรา)

36/2 หมู่8 ตำบลท่าสะอ้าน อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24130 โทร.038533155

วันที่รับตัวอย่าง..... เวลารับตัวอย่าง..... ใบขอรับบริการเลขที่.....

ส่วนที่1 การขอรับบริการ

สำหรับผู้ขอรับบริการ (กรุณาเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....โทรศัพท์.....

ขอส่งตัวอย่าง สัตว์น้ำทั่วไป สัตว์น้ำป่วย สัตว์น้ำก่อนปล่อยบ่อเลี้ยง (ขนส่งสัตว์น้ำตั้งแต่วันที่.....ถึง.....)

น้ำ ดิน อื่นๆ.....

รายละเอียดฟาร์ม

ชื่อฟาร์ม.....ชื่อ-นามสกุลเจ้าของฟาร์ม(นาย/นาง/นางสาว).....

ที่ตั้งฟาร์ม.....โทรศัพท์.....

โรงเพาะฟัก ฟาร์มเลี้ยง อื่นๆ.....

ทะเบียนฟาร์มเลขที่.....

มาตรฐานฟาร์ม : GAP เลขที่..... CoC เลขที่.....

มกษ.7401-2557 เลขที่..... อื่นๆ (ระบุ).....

รายละเอียดสัตว์น้ำที่ส่งตรวจ

Table with 8 columns: หมายเลขปอ, ชนิดตัวอย่าง, อายุ (วัน), จำนวนที่ปล่อย(ตัว), พื้นที่ใช้ (ไร่), แหล่งที่มาของสัตว์น้ำ, รหัสตัวอย่าง, รายการทดสอบ. It contains two rows of checkboxes for selecting sample types and testing parameters.

การรายงานผลและการรับผลการทดสอบ

รับใบรายงานผล

สอบถามผลทางโทรศัพท์

ไม่รับใบรายงานผล



ใบขอรับบริการ

หน่วยตรวจสอบคุณภาพวัดอุทกิบัติสัตว์น้ำ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำชายฝั่งเขต1(ฉะเชิงเทรา)

36/2 หมู่8 ตำบลท่าสะอ้าน อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24130 โทร.038533155

วันที่รับตัวอย่าง.....	เวลารับตัวอย่าง.....	ใบขอรับบริการเลขที่.....
------------------------	----------------------	--------------------------

ส่วนที่2 การทบทวนคำขอ

สำหรับเจ้าหน้าที่บริการ

2.1 สภาพตัวอย่าง

ปกติ ไม่ปกติ (ระบุ).....

2.2 สรุปความพร้อมรับงานบริการ

พร้อม
 ไม่พร้อม (ระบุ).....

2.3 ระยะเวลาทดสอบ

ปรสิติ : 2วันทำการ แบคทีเรีย : 2วันทำการ PCR : ใช้เวลาทดสอบ 2วันทำการ
 อื่นๆ (ระบุ).....

2.4 เจ้าหน้าที่นัดฟังผล วันที่...../...../..... เจ้าหน้าที่นัดรับใบรายงานผล วันที่...../...../.....

หมายเหตุ การขอรับบริการเป็นไปตามข้อตกลงที่ทำไว้กับศูนย์วิจัยและพัฒนาการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำชายฝั่งเขต1(ฉะเชิงเทรา)

1. ศูนย์วิจัยฯ จะไม่คืนตัวอย่างสัตว์น้ำที่นำมาขอรับบริการ
2. ศูนย์วิจัยฯ จะเก็บตัวอย่างที่ทดสอบแล้วไว้ความประเทของรายการทดสอบ เมื่อครบกำหนดจึงทำการจำหน่ายตัวอย่าง

ลงชื่อ..... (.....) เจ้าหน้าที่บริการ วันที่...../...../.....	<input type="checkbox"/> ผู้ขอรับบริการรับทราบการทบทวนคำขอทั้งหมด <input type="checkbox"/> ผู้ขอรับบริการกรอกข้อมูลครบถ้วน	ลงชื่อ..... (.....) ผู้ขอรับบริการ วันที่...../...../.....
--	---	---

ส่วนที่3 แบบบันทึกกรณีมีการเปลี่ยนแปลงข้อตกลง

ว/ด/ป	ผู้ขอเปลี่ยนแปลงข้อตกลง	รายละเอียดการเปลี่ยนแปลง	ผลการทบทวน	การแจ้งผู้เกี่ยวข้อง		เจ้าหน้าที่บริการ	ผู้ตรวจสอบ
				ผู้ขอรับบริการ	เจ้าหน้าที่ในระบบ		

หมายเหตุ 1.หากการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวข้องกับการทดสอบให้ผู้จัดการวิชาการ/ ผู้ที่รับมอบหมายเป็นผู้ทบทวน ผู้จัดการคุณภาพเป็นผู้ตรวจสอบ
 2.หากการเปลี่ยนแปลงไม่เกี่ยวข้องกับการทดสอบให้กับเจ้าหน้าที่บริการ/ ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ทบทวน ผู้จัดการคุณภาพเป็นผู้ตรวจสอบ