



กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SCIENCES

แบบฟอร์มส่งตัวอย่าง: ผลิตภัณฑ์อาหารและน้ำ
ศูนย์รวมบริการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กรุณากรอกข้อความและทำเครื่องหมาย ใน ให้ครบถ้วน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ผู้นำส่งตัวอย่าง

1.1 ชื่อผู้ส่ง (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล..... โทรศัพท์.....

1.2 ชื่อผู้สามารถติดต่อได้สะดวก.....นามสกุล..... โทรศัพท์.....

1.3 ส่งในนาม..... TAX ID.....

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

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

โทรศัพท์..... โทรสาร..... Email.....

2. วัตถุประสงค์ที่ส่งตรวจ

ขึ้นทะเบียน อย.ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่.....

ตรวจสอบคุณภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่.....

ตรวจสอบคุณภาพอื่นๆ (ระบุรายการ).....

3. รายละเอียดตัวอย่าง (กรอกในแบบฟอร์ม หน้า 2)

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

5. การออกผลวิเคราะห์ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ (เพิ่มฉบับละ 500 บาท)

ระบุเกณฑ์ตัดสินผล โปรดระบุเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินผล พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

6. การรับรายงานผลวิเคราะห์ รับผลด้วยตนเอง E-report ส่งทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ข้อ 1.3 หรือ ชื่อ-ที่อยู่.....

7. การรับตัวอย่างคืน ไม่รับคืน รับคืนพร้อมรายงานผลวิเคราะห์ (กรณีรับผลทางไปรษณีย์และE-report จะไม่ส่งตัวอย่างคืนให้)

หมายเหตุ: หากไม่มารับตัวอย่างคืนภายใน 30 วัน หลังรับผลวิเคราะห์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จะดำเนินการจัดการตัวอย่างที่เหลือตามความเหมาะสม

ลงชื่อ.....ผู้ส่งตัวอย่าง

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ค่าบำรุงการวิเคราะห์ จำนวน.....บาท

(.....)

อื่นๆ.....

(.....)

อื่นๆ.....

(.....)

หมายเลขตัวอย่าง.....ถึง.....

จำนวนตัวอย่างทั้งหมด.....ตัวอย่าง

กำหนดวันรับผล.....

ลงชื่อ (.....)

ผู้รับตัวอย่าง

วันที่.....เวลา.....

3. ข้อมูลตัวอย่าง

3.1 รายละเอียดตัวอย่าง

ชื่อตัวอย่าง (Sample name).....
ตรา (ถ้ามี).....
จำนวนตัวอย่างที่ส่งตรวจ..... (จำนวน x ปริมาณ) หลาก ไม่มี มี (○ ชั่วคราว ○ ถาวร)
ระบุผู้ผลิต/สถานที่ผลิต ตามข้อ 1.3 ตามฉลาก อื่น ๆ.....
.....
รุ่นการผลิต..... ตามฉลาก ตามเอกสารแนบ วันที่ผลิต..... ตามฉลาก ตามเอกสารแนบ
วันหมดอายุ..... ตามฉลาก ตามเอกสารแนบ

3.2 ข้อมูลประกอบการแปลผลภาษาอังกฤษ

ชื่อตัวอย่าง (Sample name).....
ตรา (ถ้ามี).....
ส่งในนาม.....
ที่อยู่.....
.....
ผู้ผลิต (Manufacturer).....
ที่อยู่.....
.....

สำหรับเจ้าหน้าที่แจ้งต่อลูกค้า	สำหรับลูกค้า
<p>1. กรณีมีการเบี่ยงเบนจากข้อตกลง ทำให้มีผลกระทบต่อ</p> <p><input type="checkbox"/> ระยะเวลาแล้วเสร็จตามประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....</p> <p>.....</p> <p>2. กรณีที่ระบุรายละเอียดของตัวอย่างไม่ตรงกับตัวอย่าง</p> <p>รายละเอียดของตัวอย่างที่นำส่งเพื่อการวิเคราะห์ มีความสำคัญในการรายงานผลวิเคราะห์ ขอให้ท่านตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้อง ก่อนยื่นขอการตรวจวิเคราะห์ สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร ขอสงวนสิทธิ์ไม่แก้ไขรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่ไม่ตรงกับใบนำส่งตัวอย่าง</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่.....</p>	<p>ข้าพเจ้า.....</p> <p>1. ขอยืนยันจะส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร โดยได้รับทราบและยอมรับการเบี่ยงเบนจากข้อตกลงดังกล่าว</p> <p>2. ได้ตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูลที่ให้เรียบร้อยแล้ว</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่.....</p>