**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....................................................................................................

🞎 ตรวจคุณภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 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 หมายเลขตัวอย่าง ถึง

( ) จำนวนตัวอย่างทั้งหมด ตัวอย่าง

🞎 อื่นๆ กำหนดวันรับผล .

( ) ลงชื่อ ( )

🞎 อื่นๆ **ผู้รับตัวอย่าง**

( ) วันที่ เวลา .

**แบบฟอร์มส่งตัวอย่าง: ผลิตภัณฑ์อาหารและน้ำ**

**ศูนย์รวมบริการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**

**3. ข้อมูลตัวอย่าง**

**3.1 รายละเอียดตัวอย่าง**

ชื่อตัวอย่าง (Sample name) ..

ตรา (ถ้ามี) ..

จำนวนตัวอย่างที่ส่งตรวจ . (จำนวน x ปริมาณ) ฉลาก 🞎 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**  **1. กรณีมีการเบี่ยงเบนจากข้อตกลง** ทำให้มีผลกระตบต่อ  **🞎** ระยะเวลาแล้วเสร็จตามประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์  **🞎** อื่น ๆ ระบุ.............................................................................  ...................................................................................................  **2.กรณีที่ระบุรายละเอียดของตัวอย่างไม่ตรงกับตัวอย่าง**  รายละเอียดของตัวอย่างที่นำส่งเพื่อการวิเคราะห์ มีความ**สำคัญ**ในการรายงานผลวิเคราะห์ ขอให้**ท่าน**ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้อง ก่อนยื่นขอการตรวจวิเคราะห์ สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร ขอสงวนสิทธิ์**ไม่แก้ไขรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่ไม่ตรงกับใบนำส่งตัวอย่าง**  ลงชื่อ .  ( )  วันที่ . | **สำหรับลูกค้า**  ข้าพเจ้า .1. ขอยืนยันจะส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร โดยได้รับทราบและยอมรับการเบี่ยงเบนจากข้อตกลงดังกล่าว  2. ได้ตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูลที่ให้เรียบร้อยแล้ว  ลงชื่อ .  ( )  วันที่ . |