



เลขรับ.....

วันที่รับข้อมูล.....

เวลา.....

ชื่อผู้ติดต่อ.....บริษัท/หน่วย.....

ลูกค้าเก่า ลูกค้าใหม่

ที่อยู่ สำหรับรายงานผลการทดสอบ (กรณีรายงานภาษาอังกฤษ กรุณากรอกที่อยู่เป็นภาษาอังกฤษ)

.....ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail.....ชื่อผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม.....

มีความประสงค์ขอรับบริการ

งานบริการทดสอบตามมาตรฐาน.....จำนวน.....

อื่น (ระบุ).....จำนวน.....

หมายเหตุ เจ้าหน้าที่ผู้รับข้อมูลกรอกรายละเอียดเพิ่มเติม

รายละเอียดตัวอย่างทดสอบ

ลำดับ	ชื่อและรายละเอียดตัวอย่าง/แบบรุ่น	ประเภทของงานทดสอบ	จำนวน /Range	หมายเลขชิ้นงานทดสอบ

1. ต้องการรายงานผล ภาษาไทย.....ฉบับ ภาษาอังกฤษ.....ฉบับ

2. ต้องการ Uncertainty ไม่ต้องการ ต้องการ (คิดค่าบริการฉบับละ 200 บาท)

3. รายละเอียดของการปรึกษาหารือ/ตกปัญหากับผู้ขอรับบริการ:.....

4. การแสดงเครื่องหมาย (Accreditation for Testing) ไม่ต้องการ ต้องการ

ผู้ขอรับบริการ(ลูกค้า)..... ผู้บันทึกข้อมูล (เจ้าหน้าที่).....

รายละเอียดการทบทวนคำขอรับบริการ

1. สภาพตัวอย่าง เรียบร้อย ไม่เรียบร้อย..... ตรวจสอบตัวอย่าง ณ หน่วยงาน ระบุสภาพ.....

2. ความพร้อมของผู้ปฏิบัติงาน พร้อม ไม่พร้อม ระบุ.....

3. สภาพเครื่องมือ และอุปกรณ์ พร้อม ไม่พร้อม ระบุ.....

4. ความเหมาะสมของภาวะแวดล้อมสถานที่(ทดสอบ) พร้อม ไม่พร้อม ระบุ.....

5. ดำเนินการทดสอบภายในวันที่...../...../..... รับรายงานผลภายในวันที่...../...../.....

6. ค่าบริการทดสอบโดยประมาณ.....บาท

สรุปผลการทบทวน รับงาน ปฏิเสธ

ทบทวนโดย : (ทีมวิชาการ/หัวหน้าทีมวิชาการ)..... วันที่:...../...../.....

รับทราบผลการทบทวน(ลูกค้า)..... วันที่:...../...../.....

กรณีที่มีการเบี่ยงเบนไปจากคำขอรับบริการ / มีการเปลี่ยนแปลงข้อตกลงหลังจากรับงานทดสอบแล้ว

ผู้ขอรับบริการขอเปลี่ยนแปลง ห้องปฏิบัติการขอเปลี่ยนแปลง

รายละเอียดการเปลี่ยนแปลง/เบี่ยงเบน.....

สรุปผลการทบทวนหลังการเปลี่ยนแปลง

ได้ทบทวนใหม่ตั้งแต่ต้นแล้ว สามารถให้บริการได้ ไม่สามารถให้บริการได้

แจ้งลูกค้า/ผู้เกี่ยวข้องทราบ โดย โทรศัพท์ โทรสาร อื่นๆ.....

ผลการตอบกลับจากลูกค้า ยืนยันการทดสอบ ลูกค้าระงับการทดสอบ

ทบทวน โดย(ทีมวิชาการ/หัวหน้าทีมวิชาการ)..... วันที่:...../...../.....

รับทราบผลการเปลี่ยนแปลง/เบี่ยงเบน(ลูกค้า)..... วันที่:...../...../.....

กรณียกเลิกคำขอรับบริการ

ลูกค้าแจ้งยกเลิกคำขอรับบริการ

ห้องปฏิบัติการปฏิเสธคำขอรับบริการ

ลงนาม(ตัวบรรจง).....

ตำแหน่งผู้บันทึก : เจ้าหน้าที่ธุรการ

วันที่:...../...../.....