

คำอธิบาย

Company name/Address for Tax invoice	ชื่อและที่อยู่บริษัทที่ใช้ในการออกใบแจ้งหนี้/ใบเสร็จรับเงินและใบกำกับภาษี
Company name/Address for Test Report	ชื่อและที่อยู่บริษัทที่ใช้ในการออกใบรายงานผล
Quotation No.	หมายเลขใบเสนอราคาเพื่อใช้อ้างอิง
Sample Name/Sample Description	ชื่อ-รายละเอียดตัวอย่างที่ต้องการระบุในใบรายงานผล
Analysis Required	รายการที่ขอวิเคราะห์/รายการที่ต้องการทดสอบ
Unit	หน่วยของผลวิเคราะห์ที่ต้องการให้รายงาน (โดยปกติห้องปฏิบัติการรายงานตามหน่วยสากล)
Remark	สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติมที่ต้องการแจ้งให้ห้องปฏิบัติการทราบหรือดำเนินการ
Specification	เกณฑ์หรือมาตรฐานที่ลูกค้ากำหนดเองหรือใช้อ้างอิงสำหรับรายการวิเคราะห์นั้นๆ
Sample Code (AMARC only)	รหัสตัวอย่างใช้สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น (AMARC Only)
เทียบเกณฑ์มาตรฐาน	สำหรับกรณีที่ต้องการแสดงเกณฑ์มาตรฐานในใบรายงานผล ลูกค้าต้องระบุให้ห้องปฏิบัติการทราบ
Sample Submitted and Accepted BY	ชื่อผู้นำส่งตัวอย่างและยอมรับการให้บริการ



บริษัท ศูนย์ห้องปฏิบัติการและวิจัยทางการแพทย์และการเกษตรแห่งเอเชีย จำกัด
 Asia Medical and Agricultural Laboratory and Research Center Co.,Ltd.
 361, 361/1-4 ซอยลาดพร้าว 122 (มหาดไทย 1) ถนนลาดพร้าว แขวงพลับพลา เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10310
 โทรศัพท์ : 02 934 2381-3 โทรสาร : 02 934 0661 Website : www.amarc.co.th
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี/ Tax ID : 0105547029113

ใบขอบริการทดสอบ/ REQUEST FORM

(หากต้องการใบรายงานผลเป็นภาษาอังกฤษให้ระบุข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษ)

ชื่อบริษัท/ที่อยู่ที่ใช้ในการออกใบกำกับภาษี : _____ Company name/Address for Tax invoice _____		สำหรับเจ้าหน้าที่ (For Staff Only) รหัสใบขอบริการ (Request No.): _____ วันที่รับ (Receive Date): _____ เวลา (Time): _____ วันนัดรับผล (Due Date): _____	
ชื่อบริษัท/ที่อยู่ที่ใช้ในการออกใบรายงานผล : _____ Company name/Address for Test Report _____		สำหรับลูกค้า (For Customer) ภาษาที่ต้องการ : <input type="checkbox"/> ไทย/Thai <input type="checkbox"/> อังกฤษ/English (ระบุข้อมูลภาษาอังกฤษ) (กรณีขอใบรายงานผลทั้ง 2 ภาษาคิดค่าบริการเพิ่ม ฉบับละ 100 บาท) รายงานผลเบื้องต้น : <input type="checkbox"/> E-Mail ตามที่ระบุ <input type="checkbox"/> โทรสาร/ Fax ส่งผลฉบับจริง : <input type="checkbox"/> ส่งทางไปรษณีย์/By Mail <input type="checkbox"/> มารับผลเอง/By Hand ข้อมูลเพิ่มเติม : <input type="checkbox"/> LOD <input type="checkbox"/> LOQ	
ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อ/Contact person : _____ ตำแหน่ง/ Position : _____ เบอร์มือถือ/Mobile : _____ โทรศัพท์/ Tel. : _____ โทรสาร/Fax. : _____ E-mail address : _____		สำหรับ Canned Food/Pouch (Microbiology/Sterility Test) : <input type="checkbox"/> บ่มตัวอย่าง <input type="checkbox"/> ไม่บ่มตัวอย่าง ตัวอย่างที่นำมาทดสอบ : <input type="checkbox"/> ไม่ขอรับคืน (ให้ทำลายตัวอย่าง) <input type="checkbox"/> ขอรับคืน <input type="checkbox"/> ขอรับภาษาชนิด วิธีการชำระเงิน : <input type="checkbox"/> เงินสด <input type="checkbox"/> เงินโอน <input type="checkbox"/> เช็ค <input type="checkbox"/> เครดิต	
วัตถุประสงค์ : <input type="checkbox"/> ทราบผล/QC <input type="checkbox"/> ศึกษา/วิจัย <input type="checkbox"/> จำหน่ายภายในประเทศ <input type="checkbox"/> เพื่อยื่นขอกรมโรงงาน <input type="checkbox"/> เพื่อยื่นขอ อย. ตามประกาศฉบับที่: _____ เพื่อยื่นขอรับรองสุขอนามัยกับกรม : <input type="checkbox"/> ปศุสัตว์ <input type="checkbox"/> ประมง <input type="checkbox"/> วิชาการเกษตร <input type="checkbox"/> ส่งออกประเทศ : _____ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ): _____		อ้างอิงใบเสนอราคาเลขที่ (Quotation No.): _____ <input type="checkbox"/> ต้องการเทียบเกณฑ์ (โปรดระบุชื่อมาตรฐาน) : _____	

ชื่อ-รายละเอียดตัวอย่าง (Sample Name/ Sample Description)	น้ำหนัก/ ปริมาตร	จำนวน/ ภาชนะ บรรจุ	รายการที่ขอวิเคราะห์ (Analysis Required)	หน่วย (Unit)	เกณฑ์มาตรฐาน (Specification)	รหัสตัวอย่าง (Sample Code) สำหรับเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ/Remark : _____

ใช้ในการออกฉลากโภชนาการ (โปรดระบุข้อมูล) : Thai Thai+GDA EU Other : _____
 USFDA ระบุชนิดของน้ำตาลที่เติมในผลิตภัณฑ์

น้ำหนัก/ปริมาตรสุทธิ/Net Weight/Volume : _____ น้ำหนักเนื้อไม่รวมของเหลว/Drained Weight : _____
 หนึ่งหน่วยบริโภค/ Serving Size : _____ ชนิดของภาชนะบรรจุ/ Type of Container : _____

การเก็บรักษาตัวอย่าง : <input type="checkbox"/> อุณหภูมิห้อง (Room Temperature) รายการที่ : _____ (Sample Storage) <input type="checkbox"/> แช่เย็น (Refrigerated) รายการที่ : _____ <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (Frozen) รายการที่ : _____ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (Other) รายการที่ : _____	สภาพตัวอย่าง (Sample Condition) : <input type="checkbox"/> ปกติ/ Normal <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ/ Abnormal (ระบุ)
• กรณีที่มีรายละเอียด หรือข้อมูลเพิ่มเติม โปรดระบุเป็นเอกสารแนบ • วิธีการทดสอบอ้างอิงตามใบเสนอราคา (โปรดแนบใบเสนอราคาพร้อมกับใบขอบริการทดสอบ) • ตัวอย่างประเภทน้ำเสีย ยา สารเคมี ปุ๋ยและตัวอย่างที่เป็นวัตถุอันตราย ผู้รับบริการต้องรับตัวอย่างคืน • ระยะเวลาการจัดเก็บตัวอย่างก่อนทำลายตัวอย่าง อุณหภูมิห้อง/ แช่เย็น/ แช่แข็ง 7 วัน หลังจากออกใบรายงานผล	เจ้าหน้าที่ห้องรับตัวอย่าง (Received by) _____/...../.....
ผู้นำส่งตัวอย่างและยอมรับการให้บริการ (Sample Submitted and Accepted by): _____	วันที่ส่งตัวอย่าง (Date): _____