



เลขรับ.....  
วันที่รับข้อมูล.....  
เวลา.....

ชื่อผู้ติดต่อ.....บริษัท/หน่วย.....

ลูกค้าเก่า  ลูกค้าใหม่

ที่อยู่ สำหรับรายงานผลการทดสอบ (กรณีรายงานภาษาอังกฤษ กรุณากรอกที่อยู่เป็นภาษาอังกฤษ)

..... ซอย..... 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/อภิปรายกับผู้ให้บริการ.....

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

ทบทวน โดย : (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...../...../.....