

เลขที่รับ
วันที่

แบบคำขอรับบริการทดสอบตัวอย่างเกี่ยวกับศูนย์ผลิตน้ำเชื่อมมาตรฐาน

ข้าพเจ้า..... หน่วยงาน/ศูนย์ผลิตน้ำเชื้อ..... เลขที่..... หมู่ที่.....
ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... อีเมล..... มีความประสงค์จะขอรับบริการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

รายการทดสอบ	ตัวอย่างที่ตรวจ	ราคา/ตัวอย่าง (บาท)	จำนวน ตัวอย่าง	รวมเป็นเงิน (บาท)	หมายเหตุ
งานตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของโครโมโซมในปศุสัตว์					
1. การตรวจความผิดปกติของโครโมโซม	เลือด (Heparin)	800			
งานตรวจวิเคราะห์ทางชีวโมเลกุลสัตว์					
1. การตรวจอัตลักษณ์สัตว์ (โค/กระบือ)	เลือด (EDTA)/ น้ำเชื้อ	3,000			
2. การตรวจความสัมพันธ์พ่อ-แม่-ลูก (โค/กระบือ)		3,000			
3. การตรวจโรคทางพันธุกรรม Complex Vertebral Malformation (CVM) ในโค		2,500			
4. การตรวจโรคทางพันธุกรรม Bovine Leukocyte Adhesion Deficiency (BLAD) ในโค		2,500			
5. การตรวจวิเคราะห์แยกชนิดสัตว์ (โค/กระบือ/แพะ/แกะ/สุกร)		3,000			
งานตรวจวิเคราะห์โรคและคุณภาพน้ำเชื้อในปศุสัตว์					
1. Campylobacter (โค/กระบือ)	น้ำล้างผนังหุ้มลิ้งค์	550			
2. Mycoplasma (โค/กระบือ)	น้ำล้างผนังหุ้มลิ้งค์	250			
3. Tritrichomonas (โค/กระบือ)	Smegma	50			
4. Ureaplasma (โค/กระบือ)	น้ำล้างผนังหุ้มลิ้งค์	200			
5. การปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย (โค/กระบือ/แพะ/สุกร)	น้ำเชื้อ	300			
6. การเคลื่อนที่ตัวอสุจิด้วยเครื่อง CASA (โค/กระบือ/แพะ/สุกร)	น้ำเชื้อ	300			
รวมทั้งสิ้น					

สำหรับผู้ขอรับบริการทดสอบ ลงชื่อ (.....) ผู้ยื่นคำร้อง วันที่	สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง ได้ตรวจสอบข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว รับไว้ดำเนินการ จำนวน.....ตัวอย่าง ลงชื่อ (.....) เจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง วันที่	สำหรับฝ่ายบริหารทั่วไป (งานการเงิน) ได้ตรวจสอบเอกสารและรับเงินค่าทดสอบ จำนวน บาท (.....) ตามใบเสร็จเล่มที่..... เลขที่..... ลงชื่อ (.....) ผู้รับเงิน วันที่
---	--	---