



สำนักเทคโนโลยีชีวภาพการผลิตปศุสัตว์
กรมปศุสัตว์

แบบคำขอรับบริการ (ตรวจวินิจฉัยความผิดปกติโครโมโซม)

หมายเลขคำขอ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ขอรับบริการ/เจ้าของ

ข้าพเจ้า.....หน่วยงาน/ฟาร์ม.....
ที่อยู่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail).....

ส่วนที่ 2 รายละเอียดการขอรับบริการและตัวอย่าง/เจ้าหน้าที่

วันที่เก็บตัวอย่าง.....สถานที่เก็บตัวอย่าง.....
ชื่อผู้เก็บตัวอย่าง.....โทรศัพท์.....
ชนิดตัวอย่าง ☐ เลือด จำนวน.....ตัวอย่าง

รายการทดสอบ ☐ วินิจฉัยความผิดปกติของโครโมโซม

การจัดส่งรายงานผลการทดสอบ ☐ ไปรษณีย์ ☐ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ☐ โทรศัพท์ (กรณีเร่งด่วน).....
☐ อื่นๆ (ระบุ)

รายละเอียดตัวอย่างดังต่อไปนี้

ลำดับ	ชื่อ/หมายเลขสัตว์	ชนิดสัตว์	พันธุ์	เพศ	อายุ	หมายเหตุ

ผู้ขอรับบริการลงนาม.....
(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน และเขียนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์ให้ชัดเจน
สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อ กลุ่มวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีเอนเวซและวิทยาการสืบพันธุ์
โทรศัพท์ 0 2501 2438 จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ biotech5@dld.go.th

หน้าที่/.....

☐ มีหน้าต่อ ☐ ไม่มีหน้าต่อ