



แบบคำขอรับบริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ขอรับบริการ ผู้ขอรับบริการ..... หน่วยงาน..... ที่อยู่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail).....										สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง หมายเลขคำขอ..... วันที่.....	
ส่วนที่ 2 รายละเอียดการขอรับบริการ วันที่เก็บตัวอย่าง..... สถานที่เก็บตัวอย่าง..... ชื่อผู้เก็บตัวอย่าง..... รายการทดสอบ ☐ ตรวจอัตลักษณ์ ☐ วิเคราะห์ความสัมพันธ์พ่อแม่ลูก ☐ เปรียบเทียบลายพิมพ์ดีเอ็นเอ ☐ ตรวจโรคทางพันธุกรรม CVM และ BLAD ☐ ตรวจแยกชนิดสัตว์เคี้ยวเอื้อง ☐ ตรวจยีนแฝงขนแดง ☐ ตรวจโรคลัมปี สกิน ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... วิธีทดสอบ ☐ ตามวิธีที่ห้องปฏิบัติการจัดให้ ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... มีความประสงค์ขอรับบริการทดสอบ จำนวน ตัวอย่าง มีรายละเอียด ดังนี้											
สำหรับผู้ขอรับบริการ										สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง	
ลำดับ	ชื่อ/ หมายเลขสัตว์	หมายเลข ดีเอ็นเอตอนเด็ก	ชนิด ตัวอย่าง	ชนิดสัตว์	พันธุ์	เพศ	อายุ	หมายเลขพ่อ	หมายเลขแม่	หมายเลข ดีเอ็นเอ	ชนิดตัวอย่าง



แบบคำขอรับบริการ

ส่วนที่ 2 รายละเอียดการขอรับบริการ (ต่อ) ในกรณีที่ห้องปฏิบัติการ สทป. ไม่สามารถดำเนินการได้ ข้าพเจ้า ☐ ไม่ขอคืนตัวอย่าง ☐ ขอคืนตัวอย่างโดยจะขอรับด้วยตนเอง วันที่..... ออกรายงานในนามของ ☐ ข้าพเจ้า ☐ หน่วยงาน ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... การจัดส่งรายงานผลการทดสอบ ☐ มารับด้วยตัวเอง ☐ แจ้งทางไปรษณีย์ ☐ แจ้งทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (ระบุ)..... ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... ลงนาม ผู้ยื่นคำขอ (.....) วันที่..... เวลา.....	ส่วนที่ 3 พิจารณาสภาพและลักษณะตัวอย่าง (สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง) ได้ตรวจสอบสภาพตัวอย่างถูกต้องแล้ว ☐ ตัวอย่างปกติ รับไว้ดำเนินการ จำนวน ตัวอย่าง ☐ ตัวอย่างไม่ปกติ แต่รับไว้ดำเนินการ จำนวน ตัวอย่าง ☐ ตัวอย่างไม่ปกติ ไม่รับไว้ดำเนินการ/ส่งคืนตัวอย่าง จำนวน ตัวอย่าง เนื่องจาก..... ลงนาม เจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (.....) วันที่..... เวลา.....
ส่วนที่ 4 พิจารณาการรับตัวอย่าง ผลการทบทวนแบบคำขอรับบริการ ☐ สามารถดำเนินการได้ ☐ ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก..... ลงนาม ผู้จัดการวิชาการ (.....) วันที่.....	ส่วนที่ 5 การแก้ไขข้อตกลง/ ข้อสัญญา (ถ้ามี) ขอแก้ไขข้อตกลง/ ข้อสัญญา ดังนี้..... เนื่องจาก..... ได้แจ้งลูกค้า เมื่อวันที่..... ตามหมายเลขคำขอรับบริการ..... วันที่..... ได้แจ้งเจ้าหน้าที่ทดสอบ เมื่อวันที่..... ลงนาม ผู้ยื่นคำขอ (.....) วันที่ ลงนาม ผู้จัดการวิชาการ (.....) วันที่