

แบบฟอร์มนำส่งตรวจวิเคราะห์เชื้อ Legionella spp. จากสิ่งแวดล้อม  
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี โทรศัพท์ 0 7735 5301-6 โทรสาร 0 7735 5300

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี  
เลขที่รับ.....  
วันที่.....เวลา.....

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเลขตัวอย่าง.....ถึง.....

เรื่อง ขอส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี

ข้าพเจ้า  เจ้าของ  ตัวแทน (ชื่อ-สกุล).....

ส่งในนาม  บริษัท  หจก.  ร้าน  โรงแรม.....

ที่อยู่ เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทร.....โทรสาร.....E-mail.....

วัตถุประสงค์  ตรวจสอบคุณภาพ  สอบสวนโรค  ฝ้าระวังการระบาดของโรค

ภาชนะบรรจุ ชนิดภาชนะต่อตัวอย่าง

หลอดแก้ว จำนวน.....หลอด  ขวดแก้ว จำนวน.....ขวด  อื่นๆ (ระบุ).....

การรับผลวิเคราะห์

ต้องการผลภาษาอังกฤษ (ระบุชื่อและที่อยู่บริษัทภาษาอังกฤษ) .....

รับผลวิเคราะห์เอง  e-Report

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง  
วันที่รับตัวอย่าง.....  
ค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์.....  
ค่าแปลผลภาษาอังกฤษ.....  
ผู้รับตัวอย่าง.....

ขอแสดงความนับถือ  
ลงชื่อ.....(ผู้ส่ง)  
(.....)

ครบกำหนดวันทำการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

F 41 00 170

แก้ไขครั้งที่ A 01

หน้าที่ 2 ของทั้งหมด 2 หน้า

แบบฟอร์มนำส่งตรวจวิเคราะห์เชื้อ *Legionella* spp. จากสิ่งแวดล้อม  
 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี โทรศัพท์ 0 7735 5301-6 โทรสาร 0 7735 5300

รายละเอียดตัวอย่าง

ลำดับที่	หมายเลขตัวอย่าง	ชื่อตัวอย่าง	ชื่อตัวอย่าง (ภาษาอังกฤษ)	สถานที่เก็บตัวอย่าง	วันที่ เก็บตัวอย่าง	เวลา เก็บตัวอย่าง	ปริมาตร (มิลลิลิตร)	ลักษณะตัวอย่าง (นักวิเคราะห์บันทึก)

หมายเหตุ ระบุชื่อตัวอย่างภาษาอังกฤษกรณีต้องการแปลผลภาษาอังกฤษ

สำหรับหัวหน้าห้องปฏิบัติการ

เรียน.....

เพื่อโปรดดำเนินการ

.....