

## ใบคำขอรับบริการตรวจปฏิบัติวิเคราะห์คุณภาพอาหารสัตว์

ศูนย์ชันสูตรโรคสัตว์และถ่ายทอดเทคโนโลยี คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

(Center of Veterinary Diagnosis and Technology Transfer)

Tel. 053-948041 Mobile 094-6362641

E-mail vet\_diag@cmu.ac.th

(ส่วนของผู้ที่กรอกข้อมูล)

CASE No. ....

DATE .....

Time .....



รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)	
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)	
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)	
เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล
การขอรับรายงานผล (REPORT)	<input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/> .....	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)	
รายละเอียดตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE)			
SAMPLE TYPE	NAME	NUMBER	
<input type="checkbox"/> Feed			
<input type="checkbox"/> Feed			
วันที่เก็บตัวอย่าง (COLLECTION DATE)		วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง (PRESERVE)	<input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (freeze) <input type="checkbox"/> ไม่แช่ (room temp)

\*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)

## สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER)

Test	<input type="checkbox"/> Ash (300)	<input type="checkbox"/> Crude fat (300)
	<input type="checkbox"/> Crude fiber (400)	<input type="checkbox"/> Crude protein (500)
	<input type="checkbox"/> Dry matter/moisture (150)	<input type="checkbox"/> Energy (300)
	<input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> _____	

Note

การชำระค่าบริการ:  ค้างชำระ เรียกเก็บที่  ผู้ส่ง  เจ้าของ  ..... เงินสด เลขที่...../..... จำนวนเงิน ..... บาท ลงชื่อผู้รับเงิน ..... เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่ ...../...../..... เวลา..... จำนวนเงิน ..... บาท

หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ฯ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาค่าตรวจ

Requested by.....Date.....Responsible clinician.....Date.....