



ใบคำขอรับบริการตรวจห้องปฏิบัติการสัตว์น้ำ

ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation)
Tel. 053-948041 Mobile 094-6362641
Line : @vrq8141n E-mail vet_diag@cmu.ac.th

(ส่วนของผู้กรอกข้อมูล)

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"/> Water | | | |
| <input type="checkbox"/> Tab | | | |
| <input type="checkbox"/> Ground | | | |
| <input type="checkbox"/> Pond/ <input type="checkbox"/> Aquarium | | | |
| <input type="checkbox"/> River | | | |
| <input type="checkbox"/> Waste | | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| 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"/> Acidity (150) <input type="checkbox"/> Alkalinity (150) <input type="checkbox"/> Chlorine (150) <input type="checkbox"/> CO ₂ (150) <input type="checkbox"/> DO (100) | <input type="checkbox"/> Nitrite (160) <input type="checkbox"/> pH (70) <input type="checkbox"/> Salinity (100) <input type="checkbox"/> Total hardness (150) <input type="checkbox"/> Total ammonia (140) | <input type="checkbox"/> Package (500) |
| | Note | | |
| การชำระค่าบริการ: <input type="checkbox"/> ค้างชำระ <input type="checkbox"/> เรียกเก็บที่ <input type="radio"/> ผู้ส่ง <input type="radio"/> เจ้าของ <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่...../..... จำนวนเงิน บาท ลงชื่อผู้รับเงิน <input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่/...../..... เวลา..... จำนวนเงิน บาท หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ฯ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาค่าตรวจ | | | |

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