|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | **สำนักงานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีชั้นสูง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์** | | | | | | | | |
| **Advanced Science and Technology,Thammasat University** | | | | | | | | |
| **Tel. 0-2564-4440 ต่อ 77657, Fax 0-2564-4568** | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | |  |  | |  | |  |
| **แบบฟอร์มขอใช้บริการวิเคราะห์/ทดสอบ / ใบแจ้งหนี้ (INVOICE)** | | | | | | | | | | | | |
| เลขที่คำขอ……………………. | | | |  |  | |  |  | | รหัสลูกค้า................................. | | |
| วันที่........................................... | | | | | | |  |  | | รหัสสมาชิก................................. | | |
| **ส่วนที่ 1: สำหรับผู้ขอรับบริการ** | | | | | | | **ส่วนที่ 4: สำหรับหัวหน้าหน่วยบริการเครื่องมือ** | | | | | |
| ชื่อผู้ขอรับบริการ................................................................. รหัสนักศึกษา (ถ้ามี)............................. | | | | | | | ตรวจสอบผลแล้ว วันที่..................................... | | |  | | |
| หน่วยงาน.......................................................................................................................................... | | | | | | | ข้อมูลเพิ่มเติม (ถ้ามี).......................................................................................................................... | | | | | |
| โทรศัพท์........................................................... | | | | โทรสาร............................................................ | | | ค่าบริการ ประมาณการ ค่าใช้จ่ายจริง | | | | | |
| เบอร์มือถือ........................................................ | | | | E-mail............................................................... | | | อัตราค่าบริการ อัตรา 1 อัตรา 2 อัตรา 3 อัตรา 4 | | | | | |
| อาจารย์ที่ปรึกษา (กรณีนักศึกษา).............................................................. | | | | | โทร.......................... | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ลำดับ | รายการ | ปริมาณ | จำนวนเงิน (บาท) | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | รวมเงิน (บาท) | |  |  | | ส่วนลด (บาท) | |  |  | | รวมค่าบริการทั้งหมด (บาท) | |  |  | | | | | | |
| ระดับการศึกษา | ปริญญาตรี | | ปริญญาโท | | ปริญญาเอก | |
| ใบเสร็จรับเงิน ออกในนาม................................................................................................................ | | | | | | |
| ที่อยู่.................................................................................................................................................... | | | | | | |
| ........................................................................................................................................................... | | | | | | |
| ใบรายงานผล | ภาษาไทย…..ชุด | | ภาษาอังกฤษ…..ชุด | | ไม่ต้องการ | |
| ใบแจ้งค่าบริการ | ภาษาไทย | | ภาษาอังกฤษ | | แจ้งทางอีเมล์ | |
| ใบเสร็จรับเงิน | ภาษาไทย | | ภาษาอังกฤษ | |  | |
| การรับผล | รับด้วยตนเอง | | รับทางไปรษณีย์ (ลงทะเบียน/EMS) | | รับทาง E-mail | |
| ที่อยู่สำหรับจัดส่ง.............................................................................................................................. | | | | | | |
| รายละเอียดตัวอย่าง | | | | | | |
| จำนวนตัวอย่าง………………….ตัวอย่าง | | | ไม่รับคืน | | รับคืนวันที่........... | | ลงชื่อ………………………………………………หัวหน้าหน่วยบริการเครื่องมือ | | | | | |
| ภาชนะบรรจุ...................................................................................................................................... | | | | | | | (…………………………………………..……) | | | | | |
| สภาวะการเก็บรักษาตัวอย่าง | | | อุณหภูมิห้อง | | 4oC | |  | | | | | |
|  | | | -20oC | | -80oC | | **ส่วนที่ 5: สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน** | | | | | |
| จุดประสงค์การทดสอบ……………………………………………………………………………. | | | | | | | การชำระเงิน | เงินสด | โอนเงินเข้าบัญชี........................................... | | | |
| เครื่องมือการทดสอบ......................................................................................................................... | | | | | | |  | อื่นๆ………………………………………………………………….. | | | | |
| สภาวะการทดสอบตามแบบฟอร์ม FM-TU-CSEAR-INT-………………………………………... | | | | | | | ชำระเงินแล้ว | ใบเสร็จรับเงินเลขที่………………………….. | | | | วันที่.......................... |
| รายละเอียดอื่นๆ (ถ้ามี)...................................................................................................................... | | | | | | |  |  | | | |  |
|  |  | |  | |  | | ลงชื่อ………………………………………………เจ้าหน้าที่การเงิน | | | | | |
| ลงชื่อ…………………………ผู้ส่งตัวอย่าง | | ลงชื่อ...........................................อาจารย์ที่ปรึกษา | | | | | (………………………………………………) | | | | | |
| ตัวบรรจง(...…………………..……….….) | | ตัวบรรจง(...……………….………..……….….) | | | | |  | | | | | |
|  |  | |  | |  | | **ส่วนที่ 6: สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง** | | | | | |
| **ส่วนที่ 2: สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง**/ผู้ดูแลเครื่อง | | | | | | | ส่งตัวอย่างคืน วันที่........................................... | | | | ส่งผลการทดสอบ วันที่..................................... | |
| จำนวนตัวอย่าง……………………….ตัวอย่าง | | | | | | | ข้อมูลเพิ่มเติม (ถ้ามี).......................................................................................................................... | | | | | |
| ลักษณะตัวอย่าง | ของแข็ง | | ของเหลว | | อื่นๆ……………. | |  | | | | | |
|  | ขุ่น | | ใส | | สี.......................... | | ลงชื่อ………………………………………………เจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง | | | | | |
| ความผิดปกติตัวอย่าง (ถ้ามี)............................................................................................................... | | | | | | | (………………………………………………) | | | | | |
| รายละเอียดอื่นๆ (ถ้ามี)...................................................................................................................... | | | | | | |  | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | **ส่วนที่ 7: สำหรับผู้รับผลการทดสอบ** | | | | | |
| ลงชื่อ………………………………………………เจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง/ผู้ดูแลเครื่อง | | | | | | | รับตัวอย่างคืน วันที่...................................... | | | | ลงชื่อ................................................................. | |
| (………………………………………………) | | | | | | | รับผลการทดสอบ วันที่................................ | | | | ลงชื่อ................................................................. | |
|  |  | |  | |  | | รับ CD/DVD วันที่........................................ | | | | ลงชื่อ................................................................. | |
| **ส่วนที่ 3: สำหรับเจ้าหน้าที่วิเคราะห์ทดสอบ**/ผู้ดูแลเครื่อง | | | | | | | ข้อมูลเพิ่มเติม (ถ้ามี).......................................................................................................................... | | | | | |
| รายการเครื่องมือ........................................................................................ | | | | | | ลำดับ........................ |  | | | | | |
| รายละเอียดตัวอย่าง | ปกติ | | ไม่ปกติ (ระบุ)…………………………….. | | | | **ส่วนที่ 8: สำหรับผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการ** | | | | | |
|  | เพียงพอ | | ไม่เพียงพอ (ระบุ)…………………………. | | | | อนุมัติ ลงชื่อ…………………………………………….…… | | | | | |
| ทบทวนข้อตกลง | ทดสอบได้ | | อื่นๆ (ระบุ)................................................... | | | | (………………………………………………) | | | | | |
| รายละเอียดการวิเคราะห์/ทดสอบ | | | จำนวน................ชม. | | จำนวน.........ตัวอย่าง | | วันที่ .................................... | | | | | |
| รายละเอียดการวิเคราะห์/ทดสอบอื่นๆ.............................................................................................. | | | | | | | **ส่วนที่ 9: สำหรับผู้อำนวยการสำนักงานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีชั้นสูง** | | | | | |
| ........................................................................................................................................................... | | | | | | | อนุมัติ ลงชื่อ…………………………………………….…… | | | | | |
| ........................................................................ | | | CD………....แผ่น | | DVD.……....แผ่น | | (………………………………………………) | | | | | |
| รายงานผลเลขที่……..…… วันที่................... | | | ลงชื่อ................................................................... | | | | วันที่ .................................... | | | | | |  | วันที่ | .................................. |

|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Users\Khwanruthai\Documents\logo&map\Logo ศุนย์สัตว์ทดลอง.png** | **แบบฟอร์มการขอใช้บริการและสั่งสัตว์ทดลอง**  **ศูนย์สัตว์ทดลอง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์** |

เรื่อง ขออนุญาตใช้ศูนย์สัตว์ทดลอง

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์สัตว์ทดลอง

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .......................................................................ตำแหน่ง......................................... สังกัด (ภาควิชา/หน่วยงาน ) ...............................................คณะ................................โทร..................................................

มีความประสงค์ขอใช้ศูนย์สัตว์ทดลองเพื่อการทดลอง/การวิจัยเรื่อง......................................................................................

................................................................................................................................................................................................ ...........................................................................................................................รหัสโครงการ................................................

เพื่อใช้เลี้ยงสัตว์ ชนิด..........................................สายพันธุ์...........................................................จำนวน..........................ตัว

วันที่เริ่มการทดลองตั้งแต่วันที่.........................................................ถึงวันที่.............................................................................

โดยมีผู้ร่วมโครงการวิจัย ดังต่อไปนี้

1.........................................................................................สังกัด...........................................โทร............................................

2.........................................................................................สังกัด...........................................โทร............................................

3.........................................................................................สังกัด...........................................โทร............................................

4.........................................................................................สังกัด...........................................โทร............................................

5.........................................................................................สังกัด...........................................โทร............................................

ทั้งนี้หากเกิดความเสียหายใดๆ ในการเข้าใช้สถานที่และการใช้อุปกรณ์เพื่อปฏิบัติงานวิจัย ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ............................................................ผู้ขออนุมัติ

(...........................................................)

ลงวันที่........../............/............

ฉบับที่ 2/10 ส.ค.2558 LACTU-AO-FM-06/2

**เรียน ผู้อำนวยการศูนย์สัตว์ทดลอง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต**

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)...................................................................................................ตำแหน่ง................................................................

สถานภาพ □ อาจารย์/เจ้าหน้าที่ของคณะ..................................... □ นักศึกษาคณะ...................................□ อื่นๆ ………………................

E-mail address..................................................................................หมายเลขโทรศัพท์....................................................................................

ขอสั่งสัตว์ทดลองเพื่อใช้ใน □ โครงการวิจัย □ การเรียนการสอน □ อื่น ๆ (กรุณาระบุ).........................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วันที่ต้องการ**  **(วัน/เดือน/ปี)** | **ชนิดสัตว์** | **สายพันธุ์** | **อายุ**  **(สัปดาห์)** | **น้ำหนัก**  **(กรัม)** | **เพศ** | **จำนวน**  **(ตัว)** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

ขอใช้ห้องเลี้ยงพักสัตว์ทดลอง(IVC) ระยะเวลาตั้งแต่................................ถึง.................................... รวมเป็นระยะเวลา........................วัน/เดือน

และห้องเลี้ยงสัตว์ทดลอง ระยะเวลาตั้งแต่................................ถึง.................................... รวมเป็นระยะเวลา........................วัน/เดือน

โดยขอให้เลี้ยงดูแลสัตว์ทดลองเป็นแบบ □ อนามัยเข้ม (Strict Hygienic Conventional) เลี้ยงในกรงแบบเปิด

□ ปลอดเชื้อจำเพาะ (Specific Pathogen Free) เลี้ยงในกรง IVC

□ อื่นๆ (โปรดระบุ).........................................................................................................

.................................................................ผู้ขอใช้บริการ ..............................................................หัวหน้าโครงการ/อาจารย์ที่ปรึกษา

(...............................................................) (.............................................................)

วันที่.........../..................../............. วันที่.........../..................../.............

**หมายเหตุ** 1. ค่าสัตว์ทดลองและค่าขนส่ง ทางศูนย์สัตว์ทดลองแห่งชาติ จะเป็นผู้ออกใบแจ้งหนี้ ซึ่งผู้สั่ง/หัวหน้าโครงการเป็นผู้รับผิดชอบ

2. ค่าเลี้ยงและดูแลสัตว์ทดลอง ศูนย์สัตว์ทดลอง มธ.จะเป็นผู้ออกใบแจ้งหนี้ ซึ่งผู้สั่ง/หัวหน้าโครงการเป็นผู้รับผิดชอบ

3. การรับส่งสัตว์ทดลอง กำหนดให้เป็นวันจันทร์ ตามนโยบายของศูนย์สัตว์ทดลองแห่งชาติ

4. ระยะเวลาในการสั่งสัตว์ทดลอง ควรสั่งล่วงหน้าอย่างน้อย 60 วันเพื่อให้ได้ชนิดและจำนวนของสัตว์ทดลองครบตามแผน

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นของผู้ตรวจสอบข้อมูล**  ○ สามารถให้บริการได้  □ ครบถ้วนตามที่ขอใช้บริการ  □ ไม่ครบถ้วน ขาด.........................................................  ○ ไม่สามารถให้บริการได้ เนื่องจาก......................................  ......................................................................................................................................................................................**...........................................................................................ผู้ตรวจสอบข้อมูล**  (........................................................) วันที่........./............./........... | **ความเห็นผู้บังคับบัญชา**  ○ อนุมัติ  ○ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก....................................................  ......................................................................................................  ......................................................................................................  ......................................................................................................  .....................................................**ผู้อำนวยการศูนย์สัตว์ทดลอง**  (.......................................................) วันที่........./............./........... |

ฉบับที่ 2/10 ส.ค.2558 LACTU-AO-FM-06/3