|  |
| --- |
| **แบบคำขอรับบริการ**  **1. ชื่อ-ที่อยู่บริษัทผู้ขอรับบริการ**    **ชื่อบุคคลที่ติดต่อ โทรศัพท์/โทรสาร E-mail**  **2. รายละเอียดตัวอย่าง** (ถ้าหากมีหลายตัวอย่างแต่วิเคราะห์หัวข้อเดียวกันให้แจ้งชื่อตัวอย่างมาเป็นเอกสารแนบ) :  **ชื่อตัวอย่าง** (ชื่อการค้า) **จำนวน ตัวอย่าง**  **ชื่อสามัญ (**สารสำคัญและความแรง**)**  **ชนิดตัวอย่าง** : € ยาแผนปัจจุบัน € วัตถุดิบ € เครื่องสำอาง € ผลิตภัณฑ์สมุนไพร € ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร  **ลักษณะตัวอย่าง** : **ประเภทของแข็ง** € เม็ด € ผง € แคปซูล **ประเภทกึ่งเหลว** € เจล € ครีม € ขี้ผึ้ง  **ประเภทของเหลว**  € ใส € น้ำเชื่อม € แขวนตะกอน € อิมัลชั่น/โลชั่น **ประเภทอื่นๆ**  **ขนาดบรรจุ** (โปรดระบุ)  **วิธีวิเคราะห์** : € วิธีมาตรฐาน ระบุ USP/BP/TP/THP อื่นๆ € วิธีที่หน่วยจัดให้  €วิธีที่ผู้ขอรับบริการแจ้ง ( ) มี ( ) ไม่มี method validation ( ) ต้องการ ( ) ไม่ต้องการทำ method validation  **วัตถุประสงค์** : € กำหนดเกณฑ์คุณภาพ € ตรวจสอบคุณภาพ € การวิจัยและพัฒนา € ขึ้นทะเบียนตำรับยา € อื่นๆ  **3. ต้องการ** € **ใบรายงานผลการทดสอบ (Test Report)** (หากต้องการทั้ง 2 ภาษา คิดเพิ่มฉบับละ 200 บาท) € ภาษาไทย € ภาษาอังกฤษ  € **รายงานผลการวิเคราะห์ฉบับเต็ม (Full Analytical Report)** (มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม) € ภาษาไทย € ภาษาอังกฤษ  **หมายเหตุ** 1. หากต้องการให้ตัดสินผลการทดสอบกรุณาแจ้งล่วงหน้า โปรดระบุในช่องหมายเหตุในตารางด้างล่าง (มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม)  2. หากต้องการรายงานผลการทำ method validation/verification โปรดระบุในช่องหมายเหตุในตารางด้างล่าง (มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม)  3. หากต้องการค่าความไม่แน่นอนของผลทดสอบ (measurement uncertainty) โปรดระบุในช่องหมายเหตุในตารางด้างล่าง (มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม) |

**เลขที่รับเข้า วย**............/..............

**วันที่**............/............../............

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4. หัวข้อวิเคราะห์** | **หมายเหตุ** | **4. หัวข้อวิเคราะห์ (ต่อ)** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **5. กรณีทดสอบทางด้านจุลชีววิทยา** โปรดระบุ สารที่มีฤทธิ์ต้านเชื้อจุลชีพ: € ไม่มี € ไม่ทราบข้อมูล € มี โปรดระบุชื่อสาร  สารกันเสีย: € ไม่มี € ไม่ทราบข้อมูล € มี โปรดระบุชื่อสาร | | | |
| ลงชื่อ ผู้ขอรับบริการ วันที่ / / | | ลงชื่อ ผู้รับแบบฟอร์ม วันที่ / / . | |
| **สำหรับเจ้าหน้าที่**  **6. รายละเอียดการประเมินงาน** : ตามแบบประเมินงาน F-PI-A-003/03  **7. รายละเอียดการทบทวนคำขอรับบริการ**  สภาพเครื่องมือและอุปกรณ์  พร้อม  ไม่พร้อม  ความพอเพียงของ วัสดุ สารเคมี  พร้อม  ไม่พร้อม  ความพร้อมของผู้วิเคราะห์  พร้อม  ไม่พร้อม  วิธีทดสอบ  เหมาะสม  ไม่เหมาะสม  สรุปผลการทบทวน  รับงาน  ไม่รับงาน เนื่องจาก    บันทึกอื่นๆ    ลงชื่อ หัวหน้าฝ่ายปฏิบัติการ วันที่  ลงชื่อ หัวหน้าฝ่ายปฏิบัติการ วันที่ | | **8. กรณีที่มีการเบี่ยงเบนคำขอข้อเสนอและสัญญาหลังจากประเมินงาน/**  **รับตัวอย่าง/วิเคราะห์ทดสอบแล้ว**  ผู้ขอเปลี่ยนแปลง  ผู้ขอรับบริการ  ห้องปฏิบัติการ  รายละเอียด      **สรุปผลการทบทวนหลังการเปลี่ยนแปลง**   สามารถให้บริการได้  ไม่สามารถให้บริการได้  เนื่องจาก    บันทึกการแจ้งผู้ขอรับบริการ    ลงชื่อ หัวหน้าฝ่ายปฏิบัติการ วันที่  ลงชื่อ หัวหน้าฝ่ายปฏิบัติการ วันที่ | |