Sci-C·A·S
ศูนย์เครื่องมือส่วนกลาง คณะวิทยาศาสตร์

ฝ่ายบริการวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 02 218 5037 โทรสาร 02 218 5037

แบบฟอร์มขอรับบริการวิเคราะห์และทดสอบ

เลขที่.....

กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนเพื่อประโยชน์ในการติดต่อประสานงาน วันที่ .....

ชื่อ-นามสกุล (ผู้มาติดต่อ) .....

ที่อยู่ (ผู้มาติดต่อ).....

..... โทรศัพท์.....

สังกัด ☐ ราชการ ☐ เอกชน / รัฐวิสาหกิจ / หน่วยงานอื่นๆ

ต้องการใบออกใบเสร็จรับเงินในนาม

ที่อยู่.....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... อีเมล์ .....

หน่วยงานภายนอก ลงนามรับรองโดยหัวหน้าหน่วยงานผู้มีอำนาจอนุมัตินำส่งตัวอย่างและรับผิดชอบค่าใช้บริการได้ หากหัวหน้าหน่วยงานไม่ลงชื่อ ผู้ขอรับบริการจะต้องรับผิดชอบค่าใช้บริการเอง

ลงชื่อ.....

(หัวหน้าหน่วยงาน)

รายละเอียดการขอรับบริการ

ต้องการส่งตัวอย่าง .....

เพื่อทดสอบหา .....

.....

ด้วยเทคนิค / เครื่องมือ.....

จำนวนตัวอย่าง ..... ราคาตัวอย่างละ..... บาท รวมเป็นเงิน..... บาท

อัตราค่าบริการ ☐ แบบปกติ (10 วันทำการ)

☐ แบบเร่งด่วน (4-7 วันทำการ)

☐ แบบเร่งด่วนมาก (1-3 วันทำการ)

การมารับผลวิเคราะห์ ☐ มารับผลวิเคราะห์ด้วยตนเอง

☐ ส่งผลวิเคราะห์ทางไปรษณีย์ (EMS คิดค่าบริการ 50 บาท)

ลงชื่อ ..... ผู้รับเรื่อง

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ติดต่อขอรับบริการ

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ผู้วิเคราะห์และทดสอบ_____ โทร._____