



บริษัท ยูเออี-อิดีเอ แอดวานซ์ แอนนาไลติกอล จำกัด  
UAE-IDEA Advance Analytical Company Limited

3 ซอย อุดมสุข 41 ถนน สุขุมวิท แขวง บางจาก เขต พระโขนง กรุงเทพฯ 10260

UAE-IDEA Advance Analytical  
Company Limited

3 Soi Udomsuk 41, Sukhumvit Road, Bangchak, Phrakhanong, Bangkok 10260

Tel. 02-763-2828 Fax. 02-763-2879

หน้าที่...../.....

แบบคำขอรับบริการทดสอบ  
Testing Request Form

เลขที่ (No.)

ส่วนที่ 1 : สำหรับลูกค้า (Customer)

ชื่อบริษัท/หน่วยงาน (Company name) : \_\_\_\_\_

ที่อยู่ (Address) : \_\_\_\_\_

ชื่อผู้ติดต่อ (Contact Person) : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ (Tel.) : \_\_\_\_\_

โทรสาร (Fax) : \_\_\_\_\_

โครงการ (Project) : \_\_\_\_\_

ผู้เก็บตัวอย่าง (Sampler) : \_\_\_\_\_

สถานที่เก็บตัวอย่าง (Sampling location) : \_\_\_\_\_

พารามิเตอร์ (Parameter) : \_\_\_\_\_

วิธีทดสอบ (Test Method) : \_\_\_\_\_

รายละเอียดตัวอย่างและรายการวิเคราะห์ที่ต้องการ (Sample Information and Analysis Request)

ลำดับ No.	ชื่อตัวอย่าง Sample Name	ประเภท Type	วันที่เก็บ Sampling Date	เวลา Time	ภาชนะบรรจุ Container	จำนวน Amount	หมายเลขปฏิบัติการ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

ห้องปฏิบัติการทดสอบมีนโยบายไม่ตัดสินผล (Decision Rule) และไม่แสดงข้อคิดเห็น/แปลผลการทดสอบ

หมายเหตุ (Remarks) :

- 1) ค่าความไม่แน่นอนในการวัด (Uncertainty) :  ไม่ต้องการ (No)  ต้องการ (Yes)
- 2) ตัวอย่าง (Sample) :  ไม่รับคืน (Dispose of sample)  รับคืน (Return sample)
- 3) อื่น ๆ \_\_\_\_\_

ผู้รับบริการ/ส่งตัวอย่าง : \_\_\_\_\_

ผู้รับคำขอ/รับตัวอย่าง : \_\_\_\_\_

(Requested by)

(Received by)

วันที่ : ...../...../.....

วันที่ : ..... เวลา : .....น.

ส่วนที่ 2 : สำหรับเจ้าหน้าที่ (Staff only)

- 1  พิจารณาทบทวนคำขอ/ข้อตกลงแล้ว (Review Analysis request information already)

อ้างอิงใบเสนอราคาเลขที่ \_\_\_\_\_

- 2 สภาพตัวอย่างภายนอก (Sample Condition)  สมบูรณ์ (Complete)  ไม่สมบูรณ์ (Not complete) เนื่องจาก \_\_\_\_\_

- 3  กำหนดทดสอบเสร็จภายในวันที่ (Completion Date) : \_\_\_\_\_

- 4  นอกขอบข่ายที่ขอการรับรองระบบคุณภาพ ISO/IEC 17025

- 5  พร้อมให้การทดสอบ (Ready for testing)  ไม่พร้อมให้การทดสอบ (Not ready for testing)

- 6  การเปลี่ยนแปลงภายหลังขอรับบริการ รายละเอียดการเปลี่ยนแปลง : \_\_\_\_\_

หมายเหตุ (Remarks) : \_\_\_\_\_

ผู้ทบทวน : \_\_\_\_\_

วันที่ : \_\_\_\_\_

เวลา : \_\_\_\_\_

น.