ฝ่ายวิจัย
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบขอใช้บริการการทดสอบการขัดสีของยาสีฟัน

เลขที่ .....

ชื่อ-นามสกุล ..... หน่วยงาน .....
ที่อยู่ ..... ถนน ..... แขวง .....
เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... E-mail .....

มีความต้องการขอใช้บริการทดสอบการขัดสีต่อ ☐ เนื้อฟัน (Dentin) ☐ เคลือบฟัน (Enamel)

ระบุวิธีการทดสอบ
☐ Radio-tracer method ตาม ISO 11609
☐ Surface profile method
☐ อื่นๆ .....

☐ ข้าพเจ้า ได้ทำความเข้าใจกับข้อตกลงการให้บริการทดสอบการขัดสีของยาสีฟัน (75-SD-13-06) เรียบร้อยแล้ว

การรับรายงานผลการทดสอบ

ข้าพเจ้า ☐ สามารถมารับเองได้ ☐ ไม่สามารถมารับเองได้

ถ้าไม่สามารถมารับรายงานผลการทดสอบเองได้ ข้าพเจ้าขอให้ทางหน่วยทดสอบฯ ส่งรายงานผลการทดสอบไปที่

ชื่อ-นามสกุล ..... หน่วยงาน .....
ที่อยู่ ..... ถนน ..... แขวง .....
เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... E-mail .....

เมื่อตัวอย่างผลิตภัณฑ์เหลือจากการทดสอบข้าพเจ้าขอ ☐ มอบให้กับทางหน่วยทดสอบฯ
☐ รับตัวอย่างผลิตภัณฑ์กลับเอง

....
(.....) (.....)
ผู้ขอใช้บริการ ผู้รับใบขอใช้บริการ
...../...../..... ...../...../.....

ความพร้อมในการให้บริการของห้องปฏิบัติการทดสอบ

เครื่องมือ	บุคลากร	ปริมาณงาน
☐ พร้อม	☐ พร้อม	☐ พร้อม
☐ ไม่พร้อม	☐ ไม่พร้อม	☐ ไม่พร้อม

หมายเหตุ .....
.....
.....

....
(.....) (.....)
ผู้ตรวจสอบ ผู้อนุมัติ
...../...../..... ...../...../.....

วันที่แล้วเสร็จ ..... (กรอกโดยผู้ทดสอบ)

หมายเหตุ : การอนุมัติจะทราบผลการอนุมัติภายใน 1 สัปดาห์ นับจากวันที่รับใบขอใช้บริการการทดสอบการขัดสี หากเกินกว่าเวลาที่กำหนด กรุณาสอบถามที่ หน่วยทดสอบผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพช่องปาก โทรศัพท์ 02-218-8820-22 โทรสาร 02-218-8821