

ฝ่ายวิจัย

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบขอใช้บริการ

การทดสอบความสามารถในการทำความสะดวกของยาสีฟัน

เลขที่

ชื่อ-นามสกุล.....หน่วยงาน.....

ที่อยู่.....ถนน.....แขวง.....

เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

ข้าพเจ้าได้ส่งผลิตภัณฑ์ดังรายละเอียด

ลำดับที่	รายการ	จำนวน (กรัม)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

เมื่อตัวอย่างผลิตภัณฑ์เหลือจากการทดสอบข้าพเจ้าขอ ☐ มอบให้กับทางหน่วยทดสอบฯ☐ รับตัวอย่างผลิตภัณฑ์กลับเอง☐ ข้าพเจ้ายินยอมทำตามข้อตกลงการให้บริการการทดสอบความสามารถในการทำความสะดวกของยาสีฟัน (75-SD-15-01)

การรับรายงานผลการทดสอบ

ข้าพเจ้า ☐ สามารถมารับเองได้ ☐ ไม่สามารถมารับเองได้

กรณีไม่สามารถมารับรายงานผลการทดสอบเองได้ ข้าพเจ้าขอให้ทางหน่วยทดสอบฯ ส่งรายงานผลการทดสอบไปที่

ชื่อ-นามสกุลผู้รับ.....หน่วยงาน.....

ที่อยู่.....ถนน.....แขวง.....

เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail

(.....)

ผู้ขอใช้บริการ

...../...../.....

(.....)

ผู้รับใบขอใช้บริการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติ

...../...../.....

วันที่แล้วเสร็จ.....(กรอกโดยผู้ทดสอบ)