



ใบขอรับบริการตรวจวิเคราะห์ฟลูออไรด์

ภาควิชาชีวเคมี คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 02-218-8670

อัตราค่าบริการ:

น้ำ / น้ำยาต่างๆ โดยวิธีปกติ ตัวอย่างละ 200 บาท (ปริมาณตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบ 50 mL)
ยาสีฟันโดยวิธี Non-Diffusion ตัวอย่างละ 1,700 บาท (ปริมาณตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบ 100 g)

ส่งตัวอย่าง / สอบถาม:

คุณกรรวิ ธนานนท์ ภาควิชาชีวเคมี คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ถ.อังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กทม. 10330
Email: konrawee.t@chula.ac.th โทร 02-218-8670***เอกสารใบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ฟลูออไรด์ไม่สามารถนำไปใช้ในเชิงพาณิชย์ได้***

ข้อมูลผู้ขอรับบริการ

ชื่อ.....นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์.....

บริษัท/หน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร (ในนามบริษัท).....

ตัวอย่างที่ต้องการตรวจ จำนวนตัวอย่าง และปริมาณที่ส่งมอบ

- ☐ น้ำ จำนวน.....ตัวอย่าง ปริมาณตัวอย่างละ.....(มิลลิลิตร/กรัม)
- ☐ น้ำยา จำนวน.....ตัวอย่าง ปริมาณตัวอย่างละ.....(มิลลิลิตร/กรัม)
- ☐ ยาสีฟัน จำนวน.....ตัวอย่าง ปริมาณตัวอย่างละ.....(มิลลิลิตร/กรัม)
- ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....จำนวน.....ตัวอย่าง ปริมาณตัวอย่างละ.....(มิลลิลิตร/กรัม)

การรับรายงานผลการให้บริการ

- ☐ มารับรายงานเอง
- ☐ ไม่สามารถมารับรายงานเอง โดยขอให้ส่งรายงานไปที่
- ☐ ตามที่อยู่ข้างบน ☐ Email.....
- ☐ Line id

การรับตัวอย่างคืน หากมีตัวอย่างเหลือ ☐ มอบให้ภาควิชา ☐ ต้องการรับคืนด้วยตนเอง

การชำระเงิน

- ☐ โอนเงิน: บัญชีชื่อ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ธนาคารกสิกรไทย สาขาสยามแสควร์,
บัญชีเลขที่ 040-1-19188-7 พร้อมแนบหลักฐานการโอนเงินมาพร้อมใบขอรับบริการตรวจวิเคราะห์ฟลูออไรด์
ระบุด้วยว่า เป็นค่าวิเคราะห์ฟลูออไรด์

จำนวน.....บาท (.....)

- ☐ เงินสด จำนวน.....บาท (.....)

ส่วนของผู้เจ้าหน้าที่ภาควิชา

ค่าบริการ.....บาท

(.....)

ลงนามเจ้าหน้าที่.....

วันที่.....

ส่วนของผู้เจ้าหน้าที่การเงิน

ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....

ลงนามเจ้าหน้าที่.....

วันที่.....