

ฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม  
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ใบขอใช้บริการการทดสอบการกัดสีของยาสีฟัน

เลขที่ .....

ชื่อ-นามสกุล ..... หน่วยงาน .....

ที่อยู่ ..... ถนน ..... แขวง .....

เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ ..... E-mail .....

มีความต้องการขอใช้บริการทดสอบการกัดสีของยาสีฟัน ด้วยวิธี Radio-tracer method ตาม ISO 11609

จำนวน.....ตัวอย่าง

ข้าพเจ้า ได้รับทราบและทำความเข้าใจกับข้อตกลงการให้บริการทดสอบการกัดสีของยาสีฟัน (75-SD-13-06) เรียบร้อยแล้ว

## การรับรายงานผลการทดสอบ

ข้าพเจ้า  สามารถมารับเองได้  
 ไม่สามารถมารับเองได้

ข้าพเจ้าขอให้ทางหน่วยทดสอบฯ ส่งรายงานผลการทดสอบไปที่

ชื่อ-นามสกุล ..... หน่วยงาน .....

ที่อยู่ ..... ถนน ..... แขวง .....

เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ .....

เมื่อตัวอย่างผลิตภัณฑ์เหลือจากการทดสอบข้าพเจ้าขอ  มอบให้กับทางหน่วยทดสอบฯ  รับตัวอย่างผลิตภัณฑ์กลับเอง

.....  
(.....)

ผู้ขอใช้บริการ

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

.....  
(.....)

ผู้รับใบขอใช้บริการ

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

## ความพร้อมในการให้บริการของห้องปฏิบัติการทดสอบ

หมายเหตุ .....

เครื่องมือ	บุคลากร	ปริมาณงาน
<input type="checkbox"/> พร้อม	<input type="checkbox"/> พร้อม	<input type="checkbox"/> พร้อม
<input type="checkbox"/> ไม่พร้อม	<input type="checkbox"/> ไม่พร้อม	<input type="checkbox"/> ไม่พร้อม

.....  
.....

.....  
(.....)

ผู้ตรวจสอบ

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

.....  
(.....)

ผู้อนุมัติ

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

วันที่แล้วเสร็จ ..... (กรอกโดยผู้ทดสอบ)

หมายเหตุ : การอนุมัติจะทราบผลการอนุมัติภายใน 1 สัปดาห์ นับจากวันที่รับใบขอใช้บริการ หากเกินกว่าเวลาที่กำหนด กรุณาสอบถามที่ ศูนย์วิจัยชีววิทยาช่องปาก

โทรศัพท์ 0 2218 8820 E-mail: obrc2557@gmail.com