



ใบขอรับบริการตรวจวิเคราะห์ฟลูออไรด์
ภาควิชาชีวเคมี คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทรศัพท์ 02-218-8670

ขั้นตอนและข้อกำหนดการส่งขอรับบริการ

1. ขั้นตอนการติดต่อ
ผู้ขอรับบริการต้องส่งอีเมลติดต่อแจ้งรายละเอียดและประสานงานล่วงหน้า ก่อนทำการชำระเงินและส่งตัวอย่างทุกครั้ง
โดยติดต่อ คุณกรรวิ ธนานนท์ Email: konrawee.t@chula.ac.th
2. การจัดส่งใบรายงานผลและใบเสร็จรับเงิน
ทางภาควิชา จะจัดส่งใบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์และใบเสร็จรับเงินในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ (E-Document) ทางอีเมลเท่านั้น (ไม่มีการจัดส่งเอกสารตัวจริงทางไปรษณีย์)
3. *เอกสารใบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ฟลูออไรด์ไม่สามารถนำไปใช้ในเชิงพาณิชย์ได้*
4. อัตราค่าบริการ
 - น้ำ / น้ำยาต่างๆ โดยวิธีปกติ ตัวอย่างละ 200 บาท (ปริมาณตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบ 50 mL)
 - ยาสีฟันโดยวิธี Non-Diffusion ตัวอย่างละ 1,700 บาท (ปริมาณตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบ 100 g)



ใบขอรับบริการตรวจวิเคราะห์ฟลูออไรด์
ภาควิชาชีวเคมี คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 02-218-8670

เอกสารใบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ฟลูออไรด์ไม่สามารถนำไปใช้ในเชิงพาณิชย์ได้

ข้อมูลผู้ขอรับบริการ

ชื่อ - นามสกุล.....	เบอร์โทรศัพท์.....
---------------------	--------------------

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 โดยขอให้ส่งรายงาน ไปที่ Email.....
---	---

การรับตัวอย่างคืน หากมีตัวอย่างเหลือ ☐ มอบให้ภาควิชา ☐ ต้องการรับคืนด้วยตนเอง

การชำระเงิน

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

จำนวน.....บาท (.....)

- ☐ เงินสด จำนวน.....บาท (.....)

ข้อมูลสำหรับการออกใบเสร็จรับเงิน (รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์)

บริษัท/หน่วยงาน หรือ ชื่อ-สกุล ผู้ขอรับบริการ:
ที่อยู่:
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร:

ส่วนของเจ้าหน้าที่ภาควิชา

ค่าบริการ.....บาท
(.....)
ลงนามเจ้าหน้าที่.....
วันที่.....

ส่วนของเจ้าหน้าที่การเงิน

ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....
ลงนามเจ้าหน้าที่.....
วันที่.....