



1. สำหรับลูกค้า

ชื่อ/หน่วยงาน/บริษัท/ห้างร้าน สถานที่เก็บตัวอย่าง และที่อยู่ของสถานที่เก็บตัวอย่างน้ำที่ต้องการระบุในรายงานผลการทดสอบ

ชื่อลูกค้า/หน่วยงาน/บริษัท/ห้างร้าน (ภาษาไทย)

สถานที่เก็บตัวอย่างน้ำ (ภาษาไทย)

ที่อยู่ (ภาษาไทย)

ชื่อลูกค้า/หน่วยงาน/บริษัท/ห้างร้าน (ภาษาอังกฤษ)

สถานที่เก็บตัวอย่างน้ำ (ภาษาอังกฤษ)

ที่อยู่ (ภาษาอังกฤษ)

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....E-mail (โปรดระบุ)

ชื่อและที่อยู่ที่อยู่ออกใบเสร็จและส่งรายงานผล ☐ ตามที่อยู่ระบุในรายงานผลการทดสอบ ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ชื่อ-ที่อยู่.....

7. จุดเก็บตัวอย่างน้ำ	แหล่งที่มา/ประเภทของตัวอย่างน้ำ						สำหรับเจ้าหน้าที่	
	ประปา	ผ่านกรอง	ผ่าน RO	ผิวดิน	บาดาล	บรรจุขวด	รหัสตัวอย่าง	ค่าคลอรีนอิสระคงเหลือ (mg/l)
☐ ประเภทน้ำอื่นๆ โปรดระบุ								

*หากลูกค้าส่งตัวอย่างมากกว่า 3 ตัวอย่าง โปรดกรอกรายละเอียดในหน้าที่ 3/3

2. วันที่เก็บตัวอย่าง...../...../..... เวลา น. วันที่ส่งตัวอย่าง...../...../..... เวลา น. จำนวนตัวอย่างที่ส่ง ตัวอย่าง

3. ค่า Uncertainty (2,000 บาท ต่อพารามิเตอร์) ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ4. การตัดสินใจผล (5,000 บาท ต่อพารามิเตอร์) ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ

5. อ้างอิง ☐ เกณฑ์กำหนดคุณภาพน้ำประปา กปน. ☐ ค่าแนะนำองค์การอนามัยโลก ☐ ประกาศกรมอนามัยเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้

☐ มาตรฐาน มอก.257-2549 ☐ มาตรฐานน้ำดื่มบรรจุภาชนะปิดสนิท (อย.) ☐ โคลิฟอร์มแบคทีเรีย/ E. coli MPN/100 mL

☐ โคลิฟอร์มแบคทีเรีย/ E. coli พบ-ไม่พบ/100 mL

☐ มาตรฐานน้ำบาดาลที่จะใช้บริโภคได้ ☐ มาตรฐานคุณภาพน้ำผิวดิน ☐ อื่น ๆ (โปรดแนบเอกสาร).....

6. การรับรายงาน (โปรดเลือกเพียง 1 วิธี) ☐ รับด้วยตนเอง ☐ ไปรษณีย์ EMS ☐ e-mail

ข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับเงื่อนไขตามข้อตกลงการขอใช้บริการงานทดสอบตัวอย่างน้ำ สำหรับลูกค้าภายนอกแล้ว

ลงชื่อผู้ส่งตัวอย่างน้ำ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับ

...../...../..... โทรศัพท์.....

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

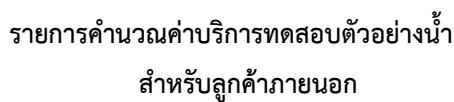
บันทึกรายละเอียดการประสานงาน/กรณีการเบี่ยงเบนไปจากข้อตกลง

สรุปค่าบริการทดสอบ (รหัสตัวอย่างน้ำ.....)

รวมรายการทดสอบ	รายการ	ราคา	บาทต่อตัวอย่าง x จำนวน	ตัวอย่าง	บาท
ค่าทดสอบเร่งด่วนใน 7 วันทำการ (คิด 3 เท่าของราคาปกติ)					บาท
ส่วนลด (..... %)					บาท
ค่าเก็บน้ำนอกสถานที่ 5 จุดแรก 1,000 บาท + (ตัวอย่างที่เพิ่ม 100 บาท x จำนวน.....ตัวอย่าง)					บาท
ค่าพิมพ์รายงานเพิ่ม	ฉบับ	ราคา 200 บาท ต่อฉบับ x จำนวน.....ฉบับ			บาท
รวมค่าทดสอบ					บาท
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%					บาท
รวมเป็นเงินทั้งหมด					บาท

ตรวจสอบแล้ว หัวหน้าส่วนกลาง/...../.....

ใบคำขอฯ เลขที่ ใบเสร็จเลขที่ รับรายงานผลทดสอบวันที่





ใบนํ้ารับรายงานผลการทดสอบคุณภาพน้ำ

ฝ่ายคุณภาพน้ำ โทรศัพท์ 0-2503-9358 โทรสาร 0-2503-9369

ใบคำขอเลขที่มารับรายงานผลทดสอบคุณภาพน้ำวันที่.....

(โปรดนำใบเสร็จรับเงินค่าทดสอบมาด้วย)

ลงชื่อ.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับ

FD-WQD-DCC-034 Rev.27 (ส่วนที่ 2)

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



ใบนํ้ารับรายงานผลการทดสอบคุณภาพน้ำ

ฝ่ายคุณภาพน้ำ โทรศัพท์ 0-2503-9358 โทรสาร 0-2503-9369

ใบคำขอเลขที่มารับรายงานผลทดสอบคุณภาพน้ำวันที่.....

(โปรดนำใบเสร็จรับเงินค่าทดสอบมาด้วย)

ลงชื่อ.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับ

FD-WQD-DCC-034 Rev.27 (ส่วนที่ 2)

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



ใบนํ้ารับรายงานผลการทดสอบคุณภาพน้ำ

ฝ่ายคุณภาพน้ำ โทรศัพท์ 0-2503-9358 โทรสาร 0-2503-9369

ใบคำขอเลขที่มารับรายงานผลทดสอบคุณภาพน้ำวันที่.....

(โปรดนำใบเสร็จรับเงินค่าทดสอบมาด้วย)

ลงชื่อ.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับ

FD-WQD-DCC-034 Rev.27 (ส่วนที่ 2)

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



ใบนํ้ารับรายงานผลการทดสอบคุณภาพน้ำ

ฝ่ายคุณภาพน้ำ โทรศัพท์ 0-2503-9358 โทรสาร 0-2503-9369

ใบคำขอเลขที่มารับรายงานผลทดสอบคุณภาพน้ำวันที่.....

(โปรดนำใบเสร็จรับเงินค่าทดสอบมาด้วย)

ลงชื่อ.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับ

FD-WQD-DCC-034 Rev.27 (ส่วนที่ 2)

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



ใบนํ้ารับรายงานผลการทดสอบคุณภาพน้ำ

ฝ่ายคุณภาพน้ำ โทรศัพท์ 0-2503-9358 โทรสาร 0-2503-9369

ใบคำขอเลขที่มารับรายงานผลทดสอบคุณภาพน้ำวันที่.....

(โปรดนำใบเสร็จรับเงินค่าทดสอบมาด้วย)

ลงชื่อ.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับ

FD-WQD-DCC-034 Rev.27 (ส่วนที่ 2)

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





คำขอบริการ การตัดสินผลการทดสอบ ตามเกณฑ์กำหนดคุณภาพน้ำ กปน.

ส่วนที่ 1 สำหรับลูกค้า

- 1) รหัสตัวอย่าง
- รายการ ☐ ความขุ่น ☐ เหล็ก ☐ ทองแดง ☐ โคลิฟอร์มแบคทีเรีย ☐ อี. โคไล
- 2) วิธีการตัดสินผลการทดสอบ
- ☐ วิธีที่มีการระบุขีดจำกัดบนที่ยอมรับข้างเดียว โดยไม่มีเขตการเฝ้าระวัง (Guard Band)
- ☐ วิธี Guarded Acceptance
- ☐ วิธี Guarded Rejection
- 3) ต้องการผลการทดสอบ
- ☐ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%
- ☐ ที่ระดับความเชื่อมั่น 99%

ส่วนที่ 2 สำหรับห้องปฏิบัติการ

หัวหน้าส่วนวิเคราะห์ทางเคมี	หัวหน้าส่วนวิเคราะห์สารพิษโลหะหนัก	หัวหน้าส่วนวิเคราะห์ทางจุลชีว
พิจารณาแล้ว	พิจารณาแล้ว	พิจารณาแล้ว
☐ พร้อมตัดสินผลการทดสอบ	☐ พร้อมตัดสินผลการทดสอบ	☐ พร้อมตัดสินผลการทดสอบ
☐ ไม่พร้อมพร้อมตัดสินผลการทดสอบ	☐ ไม่พร้อมพร้อมตัดสินผลการทดสอบ	☐ ไม่พร้อมพร้อมตัดสินผลการทดสอบ
เนื่องจาก	เนื่องจาก	เนื่องจาก
.....		
ลงชื่อ	ลงชื่อ	ลงชื่อ

บันทึกรายละเอียดการประสานงานเพิ่มเติม

.....

.....

วันที่รับรายงานผลทดสอบ.....