Sc-center BRU

แบบฟอร์มนำส่งตัวอย่าง
ศูนย์วิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์

วันที่..........เดือน..........................พ.ศ..................

ผู้นำส่งตัวอย่าง

ชื่อผู้ส่ง (นาย/นาง/นางสาว)...นามสกุล..โทรศัพท์..................................
ชื่อผู้สามารถติดต่อได้สะดวก..นามสกุล..โทรศัพท์..................................
สถานที่เก็บตัวอย่าง..
ส่งในนาม..
ที่อยู่เลขที่.........................หมู่..................ซอย.................................ถนน...............................แขวง/ตำบล..
เขต/อำเภอ..จังหวัด...รหัสไปรษณีย์.......................................
โทรศัพท์..โทรสาร..Email...

วัตถุประสงค์ที่ส่งตรวจ

☐ ....

การรับรายงานผลวิเคราะห์

☐ รับผลด้วยตนเอง
☐ ส่งทางไปรษณีย์ (ระบุสถานที่กรณีที่อยู่ไม่เหมือนผู้ส่งตัวอย่างข้างต้น)...
....

การรับตัวอย่างคืน

☐ ไม่รับคืน
☐ รับคืนพร้อมรายงานผลวิเคราะห์ **(กรณีรับผลทางไปรษณีย์ จะไม่ส่งตัวอย่างคืนให้)**

หมายเหตุ: หากไม่มารับตัวอย่างคืนภายใน 30 วัน หลังรับผลวิเคราะห์ ศูนย์วิทยาศาสตร์จะดำเนินการจัดการตัวอย่างที่เหลือตามความเหมาะสม

ลงชื่อ...ผู้ส่งตัวอย่าง
(...)
วันที่...

สำหรับเจ้าหน้าที่

☐ ค่าบำรุงการวิเคราะห์ จำนวน....................................บาท (..) ☐ อื่น ๆ	หมายเลขตัวอย่าง............................ถึง... จำนวนตัวอย่างทั้งหมด..ตัวอย่าง ลงชื่อ (...) ผู้รับตัวอย่าง วันที่..เวลา.........................

แบบฟอร์มนำส่งตัวอย่าง
ศูนย์วิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์

หมายเลขตัวอย่าง..

รายละเอียดตัวอย่าง

☐ น้ำดื่ม ☐ น้ำบาดาล ☐ น้ำประปา ☐ น้ำประปาดื่มได้ ☐ น้ำทิ้ง
☐ อื่น ๆ ....

วันที่เก็บตัวอย่าง...วันที่รับตัวอย่าง...

ปริมาตร / ขนาด...จำนวน...

<u>รายการตรวจวิเคราะห์</u>

	คุณลักษณะทางกายภาพ		**คุณลักษณะทางโลหะหนัก**
☐	ความขุ่น (200 บาท)	☐	เหล็ก (Fe) (400 บาท)
☐	ความเป็นกรด-ด่าง (100 บาท)	☐	ทองแดง (Cu) (400 บาท)
☐	อื่น ๆ (ระบุ)	☐	แมงกานีส (Mn) (400 บาท)
	คุณลักษณะทางเคมี	☐	แคดเมียม (Cd) (400 บาท)
☐	ปริมาณของแข็งทั้งหมด (200 บาท)	☐	โครเมียม (Cr) (400 บาท)
☐	ปริมาณของแข็งที่ละลายได้ทั้งหมด (200บาท)	☐	สังกะสี (Zn) (400 บาท)
☐	ความกระด้างทั้งหมด (300 บาท)		**คุณลักษณะทางจุลชีววิทยา**
☐	ซัลเฟต (300 บาท)	☐	Standard plate count (400 บาท)
☐	บีโอดี (400 บาท)	☐	Coliform Bacteria (350 บาท)
☐	ซีโอดี (400 บาท)	☐	Fecal Coliform Bacteria (300 บาท)
☐	คลอไรด์ (300 บาท)	☐	*E. coli* (350 บาท)
☐	สารแขวนลอย(300 บาท)	☐	อื่น ๆ (ระบุ) ....
☐	อื่น ๆ (ระบุ)		

หมายเหตุ : แยกตามรายการ หมายถึง กรณีผู้ขอรับบริการแจ้งความประสงค์เลือกตรวจวิเคราะห์ฯเฉพาะบางรายการเท่านั้น

1. ค่าตรวจวิเคราะห์ สำหรับบุคคลภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ สามารถลดหย่อนค่าบริการได้ไม่เกินร้อยละ 10
2. ค่าตรวจวิเคราะห์ สำหรับบุคคลภายนอก ภาครัฐ เอกชน เหมาจ่าย เป็นเงิน 1,500 และ 2,500 บาท ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดของตัวอย่างน้ำ

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ส่งตัวอย่าง	**สำหรับหัวหน้าห้องปฏิบัติการ**
ลงชื่อ.. (...) **วันที่...**	ลงชื่อ.. (...) **วันที่...**