



ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทรศัพท์ (044) 223263-4 โทรสาร (044) 223260

เลขที่รับ...../.....  
วันที่.....  
เวลา.....น.  
ผู้รับตัวอย่าง.....

ใบคำขอรับบริการสอบเทียบ

ส่วนที่ 1 (สำหรับผู้ขอรับบริการกรอก)

1. **ข้าพเจ้า**.....ตำแหน่ง.....สถานที่ติดต่อ.....  
เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....
2. **มีความประสงค์**  ขอรับบริการสอบเทียบ  ขอใช้เครื่องมือ(ระบุ).....  ขอรับบริการอื่นๆ (ระบุ).....
3. **ประเภทผู้ขอรับบริการ**  หน่วยงานภายใน  หน่วยงานภายนอก  
 การเรียน-การสอน/โครงการ วิชา..... รหัสวิชา.....  ราชการ (มีหนังสือรับรองลงนาม โดยหัวหน้าหน่วยงาน)  
 งานวิทยานิพนธ์ รหัสวิชา..... ชื่อเรื่อง.....  มหาวิทยาลัยภาคี (มีหนังสือรับรองลงนามโดยหัวหน้าหน่วยงาน)  
 งานวิจัย ชื่อเรื่อง.....  บริษัทเอกชน  บุคคลทั่วไป  
 อื่นๆ.....  อื่นๆ.....
4. **ชื่อและที่อยู่ที่ต้องการให้ระบุในใบเสร็จรับเงิน**  ตามชื่อ-ที่อยู่ ที่ระบุ ข้อ 1.  ตามชื่อ- ที่อยู่ ดังนี้.....
5. **ชื่อและที่อยู่ที่ต้องการให้ระบุในใบรายงานผลการสอบเทียบ (กรณากรอกที่อยู่เป็นภาษาอังกฤษ)**  ตามชื่อ-ที่อยู่ ที่ระบุ ข้อ 1  
 ตามชื่อ- ที่อยู่ ดังนี้.....
6. **รายละเอียดตัวอย่างและรายการสอบเทียบ/เครื่องมือที่ใช้** (ให้กรอกรายละเอียดในข้อ 6 หน้า 2/2)  
 6.1 จำนวนตัวอย่าง..... ตัวอย่าง.....  
 6.2 ความต้องการมาเผื่อระวางการสอบเทียบ  ต้องการ  ไม่ต้องการ  
 6.3 การรับรายงานผลการสอบเทียบ :  มารับเอง  ส่งทางไปรษณีย์  
 6.4 การชำระเงิน  เงินสด  เงินโอน (แบบหลักฐาน)  เช็ค (แบบหลักฐาน)  ความต้องการอื่นๆ (ระบุ) .....
- 6.5 **เกณฑ์การตัดสินใจ**  ไม่ต้องการ  ต้องการ โปรดระบุเกณฑ์  เกณฑ์ห้องปฏิบัติการ  เกณฑ์มาตรฐาน.....  เกณฑ์ของผู้ขอรับบริการ.....
- 6.7 **เฉพาะกรณีผู้ขอรับบริการจากหน่วยงานภายใน** : ข้าพเจ้ายินดีที่จะชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการของศูนย์เครื่องมือฯ ภายในวันที่.....  
 โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายคือ..... หากพ้นกำหนดระยะเวลาที่กำหนดไว้ข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ มทส.  
 หักเงินเดือนหรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีอยู่กับ มทส. เพื่อนำมาชำระหนี้ดังกล่าว
- 6.8 **ข้าพเจ้าได้ทราบระเบียบการขอรับบริการ แล้วยินดีปฏิบัติตามทุกประการ**

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ  
(.....)  
...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา (เฉพาะผู้ขอรับบริการภายใน)  
(.....)  
...../...../.....

ส่วนที่ 2 (สำหรับพนักงานกรอก) รายละเอียดของการทบทวนคำขอรับบริการ

1. **รายการสอบเทียบ/วิธีสอบเทียบ/เครื่องมือที่ใช้**.....
2. **การคิดค่าใช้จ่าย**  
 2.1 คิดค่าใช้จ่ายในอัตรา :  1  2  3  4  5  6  2.2 ค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น(อัตราเต็ม) .....บาท  
 2.3 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ถ้ามี (ระบุ) : .....
- 2.4 ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริง.....บาท.(.....)
3. **รายละเอียดของการปรึกษาหารือ/อภิปรายกับผู้ขอรับบริการ**.....
4. **การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของการทบทวน (ถ้ามี)**.....
5. **สรุปผลการทบทวนของห้องปฏิบัติการ**  ไม่พร้อมและปฏิเสธ  มีความพร้อมรับงาน และนัดรับรายงานผลวันที่.....
6.  กรณีมีการเบี่ยงเบนไปจากคำขอรับบริการ : ได้แจ้งผู้ขอรับบริการเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อ วันที่.....  
 กรณีมีการแก้ไขเพิ่มเติมหลังจากงาน ได้เริ่มแล้ว ระบุ.....  
 ได้ทบทวนคำขอรับบริการใหม่ตั้งแต่ต้นแล้ว สามารถให้บริการได้ และได้แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

ทบทวนโดย.....ผู้ทบทวน  
(.....)  
...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้เบิกตัวอย่าง เวลา..... น.  
(.....)  
...../...../.....



ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทรศัพท์ (044) 223263-4 โทรสาร (044) 223260

เลขที่รับ...../..... วันที่.....

6. รายละเอียดตัวอย่างและรายการสอบเทียบ/เครื่องมือที่ใช้

Item	Instrument's Name	Manufacturer	Model	S/N	ID.No.	Cal. Point/Accessories	Due. Date	(สำหรับพนักงานกรอก)		
								*รหัสสอบเทียบ	หมายเลขตัวอย่าง	สภาพตัวอย่าง

หมายเหตุ : \*หัวหน้าห้องปฏิบัติการ (ผู้ทบทวน) เป็นผู้บันทึก

ส่วนที่ 3 (สำหรับผู้บังคับบัญชา)

<p>1. ความเห็นของหัวหน้าฝ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรอนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ .....</p> <p>.....</p> <p>(.....)</p> <p>หัวหน้าฝ่าย .....</p> <p>...../...../.....</p>	<p>2. การพิจารณาอนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> อนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก .....</p> <p>.....</p> <p>(.....)</p> <p>หัวหน้ากลุ่มงาน.....</p> <p>...../...../.....</p>
---	---



The Center for Scientific and Technological Equipment,  
Suranaree University of Technology

111 University Avenue, Suranaree Sub-district, Mueang District, Nakhon Ratchasima 30000 Tel. (044) 223265 Fax. (044) 223260

(Staff only)
Requested No. .... / .....
Date.....
Time.....
Sample Receiver.....

**Calibration Service Request Form**

**Part 1 (For customer)**

1. Name.....Position.....Contact address.....  
House No.....Moo.....Road.....Sub-district/Khwaeng.....District/Khet.....Province.....  
Postal Code..... Tel.....Fax.....E-mail.....

2. Request services for:  Calibration  Use of scientific instrument (please specify the instrument).....  
 Other services (Please specify).....

3. Type of customers:  Internal Unit (SUT)  External Unit/Other Organizations  
 Teaching/Project/Work.....Subject code.....  Government sector (with certified letter from superior)  
 Thesis Subject code.....Thesis title .....  University in collaboration with SUT (with certified letter from superior)  
 Research title.....  Private Company  General  
 Others (please specify).....  Other (please specify).....

4. Customer's name and address to be specified on receipt:  use name and address in Item 1  If other, please specify .....

5. Customer's name and address to be specified on service report (Please fill in English if require for English version)  
 use name and address in Item 1  If other, please specify .....

6. Sample details and list of calibration/instrument used (please fill in item 6 on page 2/2)  
6.1 Quantity of specimen (s).....  
6.2 Request to observe the calibration:  Yes  No  
6.3 Calibration result shipment:  in person  post/mail (please send the report to.....)

6.4 Payment method:  cash  money transfer (attachment)  cheque (attachment)  
6.5 Other requests (please specify).....

6.6 Requirement of criteria:  No  Yes, please specify -  Laboratory criteria  Standard criteria (please specify).....  Customer's criteria (please specify).....

6.7 (For customer from internal unit (SUT) only) I hereby agree to pay for the total service cost by CSTE within (Date/Month/Year) ..... and the service cost to be responsible by (name).....In case of late payment from the specified date above, I agreed SUT to deduct my salary or other income related to SUT for paying the service cost.

6.8 I hereby agree to the terms and conditions.

Customer's signature..... Superior's signature.....(Internal Unit (SUT) only)  
(.....) (.....)  
...../...../.....

**Part 2 (For staff only) Review of the service request**

1. List of calibration services/calibration method/instrument used.....

2. Service cost:  
2.1 Service cost rate of:  1  2  3  4  5  6 2.2 Total expenses.....THB  
2.3 Additional cost (If any, please specify):.....  
2.4 Actual cost: .....THB (.....)

3. Detail of discussions/problems with the customer.....  
4. Major change of the service request review (if any).....

5. Approval of request:  Not approve and reject sample  Approve and will report the result on.....

6.  In the case there is amendment to the request, CSTE has already informed customer in written on (date).....  
 In the case there is additional request after the service has started, please specify.....  
 CSTE has finished reviewing the request, approved it, and informed related person upon this approval.

Reviewed by..... Reviewer Signature of sample receiver..... at a.m./p.m.  
(.....) (.....)  
...../...../.....



Requested No...../..... Date.....

6. Sample Details and List of Calibration Services/Instrument

Item	Instrument's Name	Manufacturer	Model	S/N	ID. No.	Cal. Point/Accessories	Due Date	(For Authorized Person)		
								*Calibration Code	Sample No.	Sample Condition

Remarks:\* to be filled in by head of laboratory (Reviewer)

Part 3 (For superior)

1. Comment of Head of Division:

Approved

Other (please specify) .....

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

Head of Division .....

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

2. Approval of Head of Department:

Approved

Not approved (please specify).....

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

Head of Department.....

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