



อาคารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการแพทย์ คณะเทคนิคการแพทย์
มหาวิทยาลัยมหิดล พุทธมณฑลสาย4 ศาลายา นครปฐม 73170
โทร. 0-2441- 4371 ต่อ 2810 -2816
แฟกซ์ 0-2441-4380

สำหรับเจ้าหน้าที่ / Staff only
เลขที่ _____
วันที่รับตัวอย่าง: _____
วันที่นี้ได้รับผล: _____

FM-QP-MT-025-07-01

ใบคำขอรับบริการตรวจสอบสารตกค้างยาฆ่าแมลง / Request form

ข้อมูลผู้ส่งตรวจ Customer

ชื่อผู้ส่ง _____
ที่อยู่ _____
เบอร์โทรศัพท์ _____

รายละเอียดสิ่งส่งตรวจ Specimen

ชนิดของสิ่งส่งตรวจ(type) _____
จำนวน(amount) _____
ระบุรายละเอียด(Detail) _____
หมายเหตุ (Note) _____

ช่องทางในการส่งผลการตรวจ Reporting via

รับผลด้วยตนเอง _____
 e-mail _____
 ไปรษณีย์(Post) _____