

**แบบขอส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สำหรับตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ด้วยเทคนิค real time RT-PCR**

วันที่.....

เรียน คณบดี คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน/โรงพยาบาล.....

รหัสหน่วยบริการ (5หลัก)..... โทรศัพท์.....

มีความประสงค์จะขอส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รายการทดสอบ: Real time RT-PCR for SARS-CoV-2 virus (COVID-19)

โดยจะเริ่มส่งตั้งแต่วันที่.....

ผู้ติดต่อประสานงาน (1): ชื่อ-นามสกุล..... โทรศัพท์.....

ผู้ติดต่อประสานงาน (2): ชื่อ-นามสกุล..... โทรศัพท์.....

ช่องทางการรับผล: Email:.....

เงื่อนไขการชำระเงิน:

- 1. เบิกจ่ายสิทธิ์ตามสปสช. (ตามเกณฑ์ PUI ได้สิทธิ์ 1 ครั้ง ต่อ 1 คน)
- 2. ชำระค่าตรวจรายเดือน

หมายเหตุ กรณีเบิกตามสิทธิ์สปสช.ไม่ได้ ทางคณะฯ จะเรียกเก็บค่าตรวจวิเคราะห์ตามอัตราค่าบริการของคณะฯ

การออกไปเสร็จรับเงิน: ออกใบเสร็จในนาม.....

ที่อยู่.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ สามารถส่งแบบขอส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการคณะเทคนิคการแพทย์ ม.มหิดล สำหรับตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ด้วยเทคนิค real time RT-PCR ได้ที่
Email: mumtcovidlab@gmail.com ทั้งนี้ ทางห้องปฏิบัติการจะขึ้นชั้นการตอบรับภายใน 2 วันทำการ