

แนวทางการให้บริการสำหรับผู้ขอรับบริการ

ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ (ฝ่ายเคมี) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

1-3 วันทำการ*

14 วันทำการ



ติดต่อ CAPQ

สอบถาม / แจ้งความประสงค์ในการขอรับบริการ**

· E-mail: labiso.mahidol@hotmail.com

· Tel: 02-354-4320/095-562-7679

· Line: @481kvwsy



พิจารณาการให้บริการ

· ตามตำรายามาตรฐาน USP BP JP และ

In-house method

· เสนออัตราค่าบริการ***

· ส่งแบบฟอร์มขอรับบริการให้ผู้ขอรับบริการ

· แจ้งข้อสงสัยสนับสนุน เช่น สารมาตรฐาน

สารเคมี และอุปกรณ์อื่น ๆ (ถ้ามี)



ส่งตัวอย่าง

ผู้ขอรับบริการส่งตัวอย่าง สิ่งสนับสนุน และ

ใบขอรับบริการให้แก่ศูนย์วิเคราะห์ฯ

(ฝ่ายเคมี) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



จัดเก็บตัวอย่าง

· ตรวจสอบรายละเอียด / จัดเก็บตัวอย่าง

· มอบหมายงานให้เจ้าหน้าที่วิเคราะห์



ชำระเงิน

ผู้ขอรับบริการชำระเงิน ผ่านช่องทาง ดังนี้

· เงินสด

หน่วยการเงิน ชั้น 1 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

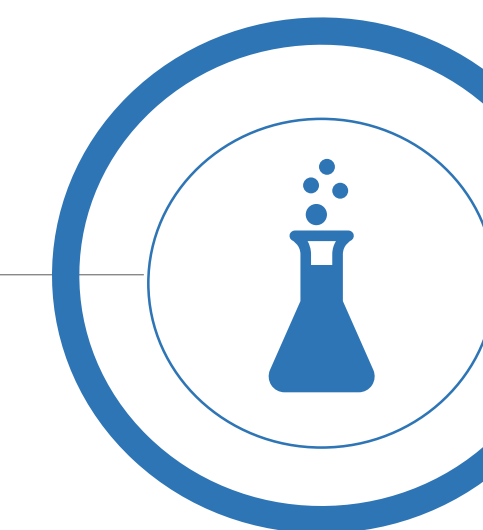
· โอนเงิน

เลขบัญชี 026-464435-3 ธ.ไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี

ชื่อบัญชี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

· เช็คเงินสด

ส่งจ่ายในนามคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



วิเคราะห์ตัวอย่าง

· วิเคราะห์ตัวอย่าง

· ดำเนินผล

· จัดทำรายงานผลการวิเคราะห์



ส่งใบรายงานผลการวิเคราะห์

· รับด้วยตนเอง

· ส่งทางไปรษณีย์

*วันทำการ (ไม่รวมเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดราชการ)

**ข้อมูลลูกค้าจะถูกเก็บเป็นความลับตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562

***ตามประกาศคณะเภสัชศาสตร์ เรื่องอัตราค่าบริการตรวจวิเคราะห์และการให้บริการของศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ (ฝ่ายเคมี) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2566 [CLICK https://pharmacy.mahidol.ac.th/capq/chemical/ServiceFee.pdf](https://pharmacy.mahidol.ac.th/capq/chemical/ServiceFee.pdf)



ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ (ฝ่ายเคมี) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ห้อง 512 อาคารราชรัตน์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
447 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0 2354 4320 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 09 5562 7679 อีเมล labiso.mahidol@hotmail.com

แบบฟอร์มขอรับบริการ
FQ-05-201-01 Rev.0
วันที่เริ่มใช้ 11 ก.พ. 2568
หน้าที่/.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ขอรับบริการ

ชื่อหน่วยงาน/บริษัท.....เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....

ที่อยู่ (สำหรับออกใบเสร็จ).....

ชื่อผู้ขอรับบริการ (ภาษาไทย).....

ชื่อผู้ขอรับบริการ(ภาษาอังกฤษ).....

โทรศัพท์.....อีเมล.....อ้างอิงใบเสนอราคาเลขที่.....

วิธีวิเคราะห์ ☐ วิธีมาตรฐาน โปรต๊อค (USP/BP/JP/อื่น ๆ)

☐ วิธีที่ผู้ขอรับบริการแจ้ง () มี () ไม่มี Method validation () ต้องการ () ไม่ต้องการทำ Method validation

ใบรายงานผลการวิเคราะห์ ☐ ภาษาไทย ☐ ภาษาอังกฤษ (สามารถเลือกใบรายงานผลได้เพียงภาษาเดียวเท่านั้น หากต้องการทั้งสองภาษา คิดค่าใช้จ่ายเพิ่มฉบับละ 300 บาท)

☐ ค่าความไม่แน่นอน (มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม กรุณาแจ้งล่วงหน้า)

ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ (ฝ่ายเคมี) มีนโยบายไม่ใช้กฎเกณฑ์การตัดสินว่าการทดสอบนั้นผ่าน/ไม่ผ่านมาตรฐาน

หัวข้อการตรวจวิเคราะห์ (โปรต๊อคหัวข้อที่ต้องการตรวจวิเคราะห์)		สำหรับเจ้าหน้าที่	
		ผู้วิเคราะห์	
		ผู้วิเคราะห์	
		ผู้วิเคราะห์	
		ผู้วิเคราะห์	
		ผู้วิเคราะห์	
		ผู้วิเคราะห์	
		ผู้วิเคราะห์	
		ผู้วิเคราะห์	
		ผู้วิเคราะห์	
		ผู้มอบหมาย	
รายการสารมาตรฐาน/สารเคมี/อุปกรณ์	สถานะจัดเก็บ	หมายเลขบ่งชี้ (No.)	สถานที่จัดเก็บ
	☐ 25-30 °C ☐ 2-8 °C ☐ -20°C ☐ อื่น ๆ.....		
	☐ 25-30 °C ☐ 2-8 °C ☐ -20°C ☐ อื่น ๆ.....		
	☐ 25-30 °C ☐ 2-8 °C ☐ -20°C ☐ อื่น ๆ.....		
	☐ 25-30 °C ☐ 2-8 °C ☐ -20°C ☐ อื่น ๆ.....		
	☐ 25-30 °C ☐ 2-8 °C ☐ -20°C ☐ อื่น ๆ.....		
	☐ 25-30 °C ☐ 2-8 °C ☐ -20°C ☐ อื่น ๆ.....		
เงื่อนไขการรับบริการ		กำหนดแล้วเสร็จโดยประมาณ.....วันทำการ	
1.ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการบริการวิเคราะห์ตามได้รับแจ้งอัตราค่าบริการตามใบเสนอราคา		นับตั้งแต่วันที่ผู้ขอรับบริการส่งตัวอย่าง สารมาตรฐาน	
2.ข้าพเจ้ายินยอมชำระค่าบริการวิเคราะห์อื่น ๆ นอกเหนือจากอัตราค่าบริการที่ได้ตกลงกับศูนย์วิเคราะห์ฯ กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงอัตราค่าบริการ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิธีวิเคราะห์หรือมีการใช้สารเคมีเพิ่มมากขึ้นจากวิธีตามปกติ ซึ่งเจ้าหน้าที่ศูนย์วิเคราะห์ฯ จะแจ้งให้ทราบล่วงหน้าทุกครั้ง		สารเคมีและอุปกรณ์ครบถ้วน	
3.ศูนย์วิเคราะห์ฯ จะคืนตัวอย่างที่เหลือจากการวิเคราะห์ให้ผู้ขอรับบริการ รวมถึงสารมาตรฐาน สารเคมีหรืออุปกรณ์ ในกรณีที่ไม่สามารถคืนได้ ศูนย์วิเคราะห์ฯ จะแจ้งเหตุผลให้แก่ผู้ขอรับบริการทราบ		ค่าบริการวิเคราะห์ทั้งสิ้น.....บาท	
ลงชื่อผู้ขอรับบริการ.....วันที่.....		เจ้าหน้าที่.....	
หมายเหตุ.....		วันที่.....	
		ใบขอรับบริการเลขที่.....	
		หมายเหตุ.....	



ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ (ฝ่ายเคมี) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ห้อง 512 อาคารราชรัตน์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
447 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0 2354 4320 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 09 5562 7679 อีเมล labiso.mahidol@hotmail.com

แบบฟอร์มขอรับบริการ
FQ-05-201-01 Rev.0
วันที่เริ่มใช้ 11 ก.พ. 2568
หน้าที่/.....

ส่วนที่ 2 รายการตัวอย่างทดสอบ

รหัสประจำตัวตัวอย่าง (Sample ID).....(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ลำดับที่.....ชื่อตัวอย่าง.....ปริมาณสารสำคัญ.....

ลักษณะตัวอย่าง.....

รุ่นการผลิต (Lot No.).....เลขทะเบียนยา (Reg. No.)วันที่ผลิต.....วันหมดอายุ.....

จำนวน..... ☐ เม็ด ☐ แคปซูล ☐ ขวด ขวดละ.....mL ☐ กรัม ☐ อื่น ๆ (.....)

บริษัทผู้ผลิต.....บริษัทผู้แทนจำหน่าย.....

☐ ยาสำเร็จรูปแผนปัจจุบัน ☐ สารเคมี/วัตถุดิบ ☐ สมุนไพร ☐ ยาสำเร็จรูปจากสมุนไพร ☐ อื่น ๆ

สภาวะการเก็บตัวอย่าง ☐ อุณหภูมิห้อง (25 – 30 °C) ☐ ตู้เย็น (2 – 8 °C) ☐ ตู้แช่แข็ง (-20 °C) ☐ อื่น ๆ

รหัสประจำตัวตัวอย่าง (Sample ID).....(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ลำดับที่.....ชื่อตัวอย่าง.....ปริมาณสารสำคัญ.....

ลักษณะตัวอย่าง.....

รุ่นการผลิต (Lot No.).....เลขทะเบียนยา (Reg. No.)วันที่ผลิต.....วันหมดอายุ.....

จำนวน..... ☐ เม็ด ☐ แคปซูล ☐ ขวด ขวดละ.....mL ☐ กรัม ☐ อื่น ๆ (.....)

บริษัทผู้ผลิต.....บริษัทผู้แทนจำหน่าย.....

☐ ยาสำเร็จรูปแผนปัจจุบัน ☐ สารเคมี/วัตถุดิบ ☐ สมุนไพร ☐ ยาสำเร็จรูปจากสมุนไพร ☐ อื่น ๆ

สภาวะการเก็บตัวอย่าง ☐ อุณหภูมิห้อง (25 – 30 °C) ☐ ตู้เย็น (2 – 8 °C) ☐ ตู้แช่แข็ง (-20 °C) ☐ อื่น ๆ

รหัสประจำตัวตัวอย่าง (Sample ID).....(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ลำดับที่.....ชื่อตัวอย่าง.....ปริมาณสารสำคัญ.....

ลักษณะตัวอย่าง.....

รุ่นการผลิต (Lot No.).....เลขทะเบียนยา (Reg. No.)วันที่ผลิต.....วันหมดอายุ.....

จำนวน..... ☐ เม็ด ☐ แคปซูล ☐ ขวด ขวดละ.....mL ☐ กรัม ☐ อื่น ๆ (.....)

บริษัทผู้ผลิต.....บริษัทผู้แทนจำหน่าย.....

☐ ยาสำเร็จรูปแผนปัจจุบัน ☐ สารเคมี/วัตถุดิบ ☐ สมุนไพร ☐ ยาสำเร็จรูปจากสมุนไพร ☐ อื่น ๆ

สภาวะการเก็บตัวอย่าง ☐ อุณหภูมิห้อง (25 – 30 °C) ☐ ตู้เย็น (2 – 8 °C) ☐ ตู้แช่แข็ง (-20 °C) ☐ อื่น ๆ



ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ (ฝ่ายเคมี) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ห้อง 512 อาคารราชรัตน์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
447 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0 2354 4320 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 09 5562 7679 อีเมล labiso.mahidol@hotmail.com

แบบฟอร์มขอรับบริการ
FQ-05-201-01 Rev.0
วันที่เริ่มใช้ 11 ก.พ. 2568
หน้าที่/.....

ส่วนที่ 3 ลงนามเมื่อได้รับผลการวิเคราะห์

☐ รับด้วยตนเอง

ลงนามรับใบรายงานผลการวิเคราะห์/สารมาตรฐาน/ตัวอย่าง/สารเคมี/อุปกรณ์

☐ ใบรายงานผลการวิเคราะห์ ☐ สารมาตรฐาน ☐ ตัวอย่าง (ระบุจำนวน)
☐ สารเคมี ☐ อุปกรณ์ ☐ อื่น ๆ

เมื่อวันที่ ลงชื่อผู้รับคืน..... ลงชื่อเจ้าหน้าที่ศูนย์วิเคราะห์.....

☐ ส่งทางไปรษณีย์

เมื่อวันที่ หมายเลขติดตาม..... ลงชื่อเจ้าหน้าที่ศูนย์วิเคราะห์.....

หมายเหตุ.....