



ส่วนผู้ขอรับบริการ

ชื่อหน่วยงาน/บริษัท (ภาษาไทย)* (ภาษาอังกฤษ)..... แผนก

บริษัทผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ บริษัทเจ้าของผลิตภัณฑ์หรือผู้จ้างผลิต อื่น ๆ (ระบุ).....

ที่อยู่ (สำหรับออกใบเสร็จ)*

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หากมีโปรดระบุ).....

ที่อยู่ (สำหรับการจัดส่งเอกสารทางไปรษณีย์)*

ชื่อผู้ขอรับบริการ (ภาษาไทย)* ชื่อผู้ขอรับบริการ (ภาษาอังกฤษ)*

โทรศัพท์* โทรสาร อีเมล*

วัตถุประสงค์ของการเข้ารับบริการ* ตัวอย่างที่ส่งขอรับบริการ

- หัวข้อการตรวจวิเคราะห์ ทั้งหมด* หัวข้อ ดังนี้
1.
 2.
 3.
 4.

ต้องการรับตัวอย่างคืนหรือไม่*

รับ ไม่รับ **หมายเหตุ**.....

ใบรายงานผลการวิเคราะห์*

สามารถเลือกใบรายงานผลได้เพียงภาษาเดียวเท่านั้น หากต้องการทั้งสองภาษา คิดค่าใช้จ่ายเพิ่มฉบับละ 200 บาท และคิดค่าใช้จ่ายสำหรับสำเนาใบรายงานผลการวิเคราะห์เพิ่มชุดละ 200 บาท

ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ

ผู้ขอรับบริการ*..... วันที่

เงื่อนไขการรับบริการ

1. ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการบริการวิเคราะห์ตัวอย่างที่ได้รับแจ้งอัตราค่าบริการตามใบเสนอราคา
2. ข้าพเจ้ายินยอมชำระค่าบริการวิเคราะห์อื่น ๆ นอกเหนือจากอัตราค่าบริการที่ได้ตกลงกับทางศูนย์ทดสอบฯ กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงอัตราค่าบริการ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงวิธีวิเคราะห์ ซึ่งเจ้าหน้าที่ศูนย์ทดสอบฯ จะแจ้งให้ทราบล่วงหน้าทุกครั้ง
3. ศูนย์ทดสอบฯ จะคืนตัวอย่างที่เหลือจากการวิเคราะห์ให้ผู้ขอรับบริการ ตามที่ได้แจ้งประสงค์รับคืนไว้ ในกรณีที่ไม่สามารถคืนตัวอย่าง เจ้าหน้าที่ศูนย์ทดสอบฯ จะดำเนินการแจ้งเหตุผลให้ทราบแก่ผู้ขอรับบริการ
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้ศูนย์ทดสอบฯ นำข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ระบุไว้ในเอกสารแบบฟอร์มขอรับบริการไปใช้สำหรับการออกใบเสนอราคา ใบแจ้งหนี้ จัดทำเอกสารรายงานผลการทดสอบ และการดำเนินการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทดสอบ ทั้งนี้ศูนย์ทดสอบฯ จะจัดเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และเปิดเผยเท่าที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการทดสอบเท่านั้น

ส่วนของเจ้าหน้าที่

ศูนย์ทดสอบเครื่องสำอางและเภสัชภัณฑ์ทางผิวหนัง คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ทบทวนรายละเอียดการขอรับบริการข้างต้นแล้ว ทางศูนย์ทดสอบฯ

สามารถให้บริการได้ทุกหัวข้อ ไม่สามารถให้บริการได้ทุกหัวข้อ

สามารถให้บริการได้เฉพาะหัวข้อต่อไปนี้.....

โดยมีกำหนดแล้วเสร็จโดยประมาณ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ผู้ขอรับบริการส่งตัวอย่าง และมีค่าบริการทั้งสิ้น บาท

ผู้วิเคราะห์

- | | | |
|----------------|-------------------|-----------------|
| 1. หัวข้อ..... | ผู้วิเคราะห์..... | ผู้มอบหมาย..... |
| 2. หัวข้อ..... | ผู้วิเคราะห์..... | ผู้มอบหมาย..... |
| 3. หัวข้อ..... | ผู้วิเคราะห์..... | ผู้มอบหมาย..... |
| 4. หัวข้อ..... | ผู้วิเคราะห์..... | ผู้มอบหมาย..... |

เจ้าหน้าที่ศูนย์ทดสอบเครื่องสำอางและเภสัชภัณฑ์ทางผิวหนัง
วันที่

*ข้อมูลที่เป็นต้องกรอกเพื่อขอรับบริการ



ส่วนผู้ขอรับบริการ

รายการตัวอย่างทดสอบ

รหัสส่งซีตัวอย่าง (Sample ID) (ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่)

ตัวอย่างที่..... ชื่อตัวอย่าง*.....

****ชื่อตัวอย่าง**จะนำมาระบุในรายงานผลการทดสอบ รบกวนระบุให้ชัดเจน ตัวอักษร พิมพ์เล็ก-ใหญ่ การเว้นวรรค เพื่อความรวดเร็วในการจัดทำรายงานผลการทดสอบ**

กรณี ต้องการยื่นยื่นชื่อภายหลัง โปรดเลือก แจ้งชื่อผลิตภัณฑ์ภายหลัง

ยาสำเร็จรูปแผนปัจจุบัน สารเคมี/วัตถุดิบ สมุนไพร

จำนวน* เลขทะเบียนยา (Reg. No.) รุ่นการผลิต (Lot No.) ยาสำเร็จรูปจากสมุนไพร อื่นๆ.....

วันที่ผลิต* วันหมดอายุ

สภาวะการเก็บตัวอย่าง อุณหภูมิห้อง (25 – 30 °C) ตู้เย็น (2 – 8 °C) ตู้แช่แข็ง (-20 °C) อื่นๆ

ลักษณะตัวอย่าง*

บริษัทผู้ผลิต บริษัทผู้แทนจำหน่าย

ผู้ส่งทดสอบเป็น* บริษัทผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ บริษัทเจ้าของผลิตภัณฑ์หรือผู้จ้างผลิต อื่น ๆ (ระบุ).....

*กรณีผู้ส่งทดสอบไม่ใช่ผู้ผลิต ผู้จ้างผลิต หรือเจ้าของผลิตภัณฑ์ รายงานผลิตภัณฑ์จะไม่ระบุชื่อชื่อเฉพาะของผลิตภัณฑ์ทดสอบ และแสดงผลด้วยชื่อสมมุติหรือรหัสตัวแทนเท่านั้น

รายการตัวอย่างทดสอบ

รหัสส่งซีตัวอย่าง (Sample ID) (ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่)

ตัวอย่างที่..... ชื่อตัวอย่าง*.....

****ชื่อตัวอย่าง**จะนำมาระบุในรายงานผลการทดสอบ รบกวนระบุให้ชัดเจน ตัวอักษร พิมพ์เล็ก-ใหญ่ การเว้นวรรค เพื่อความรวดเร็วในการจัดทำรายงานผลการทดสอบ**

กรณี ต้องการยื่นยื่นชื่อภายหลัง โปรดเลือก แจ้งชื่อผลิตภัณฑ์ภายหลัง

ยาสำเร็จรูปแผนปัจจุบัน สารเคมี/วัตถุดิบ สมุนไพร

จำนวน* เลขทะเบียนยา (Reg. No.) รุ่นการผลิต (Lot No.) ยาสำเร็จรูปจากสมุนไพร อื่นๆ.....

วันที่ผลิต* วันหมดอายุ

สภาวะการเก็บตัวอย่าง อุณหภูมิห้อง (25 – 30 °C) ตู้เย็น (2 – 8 °C) ตู้แช่แข็ง (-20 °C) อื่นๆ

ลักษณะตัวอย่าง*

บริษัทผู้ผลิต บริษัทผู้แทนจำหน่าย

ผู้ส่งทดสอบเป็น* บริษัทผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ บริษัทเจ้าของผลิตภัณฑ์หรือผู้จ้างผลิต อื่น ๆ (ระบุ).....

*กรณีผู้ส่งทดสอบไม่ใช่ผู้ผลิต ผู้จ้างผลิต หรือเจ้าของผลิตภัณฑ์ รายงานผลิตภัณฑ์จะไม่ระบุชื่อชื่อเฉพาะของผลิตภัณฑ์ทดสอบ และแสดงผลด้วยชื่อสมมุติหรือรหัสตัวแทนเท่านั้น

รายการตัวอย่างทดสอบ

รหัสส่งซีตัวอย่าง (Sample ID) (ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่)

ตัวอย่างที่..... ชื่อตัวอย่าง*.....

****ชื่อตัวอย่าง**จะนำมาระบุในรายงานผลการทดสอบ รบกวนระบุให้ชัดเจน ตัวอักษร พิมพ์เล็ก-ใหญ่ การเว้นวรรค เพื่อความรวดเร็วในการจัดทำรายงานผลการทดสอบ**

กรณี ต้องการยื่นยื่นชื่อภายหลัง โปรดเลือก แจ้งชื่อผลิตภัณฑ์ภายหลัง

ยาสำเร็จรูปแผนปัจจุบัน สารเคมี/วัตถุดิบ สมุนไพร

จำนวน* เลขทะเบียนยา (Reg. No.) รุ่นการผลิต (Lot No.) ยาสำเร็จรูปจากสมุนไพร อื่นๆ.....

วันที่ผลิต* วันหมดอายุ

สภาวะการเก็บตัวอย่าง อุณหภูมิห้อง (25 – 30 °C) ตู้เย็น (2 – 8 °C) ตู้แช่แข็ง (-20 °C) อื่นๆ

ลักษณะตัวอย่าง*

บริษัทผู้ผลิต บริษัทผู้แทนจำหน่าย

ผู้ส่งทดสอบเป็น* บริษัทผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ บริษัทเจ้าของผลิตภัณฑ์หรือผู้จ้างผลิต อื่น ๆ (ระบุ).....

*กรณีผู้ส่งทดสอบไม่ใช่ผู้ผลิต ผู้จ้างผลิต หรือเจ้าของผลิตภัณฑ์ รายงานผลิตภัณฑ์จะไม่ระบุชื่อชื่อเฉพาะของผลิตภัณฑ์ทดสอบ และแสดงผลด้วยชื่อสมมุติหรือรหัสตัวแทนเท่านั้น



ศูนย์ทดสอบเครื่องสำอางและเภสัชภัณฑ์ทางผิวหนัง
 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 447 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
 โทรศัพท์ 091-801-2915
 E-mail: mupydermocosmetic@gmail.com

เลขที่แบบฟอร์ม.....
 แบบฟอร์มขอรับบริการ : FC01-0619-T02
 วันที่เริ่มใช้ : 1 ธันวาคม 2567
 หน้า 3/3

% SUNSCREEN

Product name : _____ Mfg date.: _____

	INCI name	Add (%)
<input type="checkbox"/>	CAMPHOR BENZALKONIUM METHOSULFATE	
<input type="checkbox"/>	HOMOSALATE	
<input type="checkbox"/>	BENZOPHENONE-3	
<input type="checkbox"/>	PHENYLBENZIMIDAZOLE SULFONIC ACID	
<input type="checkbox"/>	TEREPHTHALYLIDENE DICAMPHOR SULFONIC ACID	
<input type="checkbox"/>	BUTYL METHOXYDIBENZOYL METHANE	
<input type="checkbox"/>	BENZYLIDENE CAMPHOR SULFONIC ACID	
<input type="checkbox"/>	OCTOCRYLENE	
<input type="checkbox"/>	POLYACRYLAMIDOMETHYL BENZYLIDENE CAMPHOR	
<input type="checkbox"/>	ETHYLHEXYL METHOXYCINNAMATE	
<input type="checkbox"/>	PEG-25 PABA	
<input type="checkbox"/>	ISOAMYL P-METHOXYCINNAMATE	
<input type="checkbox"/>	ETHYLHEXYL TRIAZONE	
<input type="checkbox"/>	DROMETRIZOLE TRISILOXANE	
<input type="checkbox"/>	DIETHYLHEXYL BUTAMIDO TRIAZONE	
<input type="checkbox"/>	4-METHYLBENZYLIDENE CAMPHOR	
<input type="checkbox"/>	ETHYLHEXYL SALICYLATE	
<input type="checkbox"/>	ETHYLHEXYL DIMETHYL PABA	
<input type="checkbox"/>	BENZOPHENONE-4; BENZOPHENONE-5	
<input type="checkbox"/>	METHYLENE BIS-BENZOTRIAZOLYL TETRAMETHYLBUTYLPHENOL	
<input type="checkbox"/>	METHYLENE BIS-BENZOTRIAZOLYL TETRAMETHYLBUTYLPHENOL (NANO)	
<input type="checkbox"/>	DISODIUM PHENYL DIBENZIMIDAZOLE TETRASULFONATE	
<input type="checkbox"/>	BIS-ETHYLHEXYLOXYPHENOL METHOXYPHENYL TRIAZINE	
<input type="checkbox"/>	POLYSILICONE-15	
<input type="checkbox"/>	TITANIUM DIOXIDE	
<input type="checkbox"/>	TITANIUM DIOXIDE (NANO)	
<input type="checkbox"/>	DIETHYLAMINO HYDROXYBENZOYL HEXYL BENZOATE	
<input type="checkbox"/>	TRIS-BIPHENYL TRIAZINE / TRIS-BIPHENYL TRIAZINE (NANO)	
<input type="checkbox"/>	ZINC OXIDE	
<input type="checkbox"/>	ZINC OXIDE (NANO)	
<input type="checkbox"/>	PHENYLENE BIS-DIPHENYLTRIAZINE	
<input type="checkbox"/>	If other (please specify) :	
<input type="checkbox"/>	If other (please specify) :	
<input type="checkbox"/>	If other (please specify) :	
<input type="checkbox"/>	If other (please specify) :	
<input type="checkbox"/>	If other (please specify) :	

ข้าพเจ้า บริษัท ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง

ลงนาม.....

วันที่.....