



ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ ฝ่ายสมุนไพรร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ห้อง 501 อาคารราชรัตน์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
447 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 096-812-3539, อีเมล mucapq@gmail.com

แบบฟอร์มขอรับบริการ
FQ-CAN-003 Rev. 00
วันที่เริ่มใช้: 15 กันยายน 2563
หน้าที่:/.....

ชื่อหน่วยงาน/บริษัท.....แผนก.....
ที่อยู่ (สำหรับออกใบเสร็จ).....
ชื่อผู้ขอรับบริการ (ภาษาไทย).....ชื่อผู้ขอรับบริการ (ภาษาอังกฤษ).....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....
วัตถุประสงค์ของการเข้ารับบริการ.....ตัวอย่างที่ส่งขอรับบริการ.....
หัวข้อการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด.....หัวข้อ ดังนี้.....

การรับรายงานผลการวิเคราะห์ รับด้วยตนเอง รับทางไปรษณีย์ลงทะเบียน (ทางศูนย์วิเคราะห์ฯ ไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นหลังจากส่งเอกสารไปที่ไปรษณีย์แล้ว)
ชื่อ-สกุล.....ที่อยู่ (สำหรับจัดส่งรายงาน) เช่นเดียวกับที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ ที่อยู่อื่น โปรดระบุ.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....

รายการ สารมาตรฐาน/สารเคมี/อุปกรณ์				เงื่อนไขการรับบริการ
1.....	<input type="checkbox"/> แนบ COA	<input type="checkbox"/> รับคืน	<input type="checkbox"/> ไม่รับคืน	1. ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการบริการวิเคราะห์ตัวอย่างที่ได้รับแจ้งอัตราค่าบริการตามใบเสนอราคา
2.....	<input type="checkbox"/> แนบ COA	<input type="checkbox"/> รับคืน	<input type="checkbox"/> ไม่รับคืน	2. ข้าพเจ้ายินยอมชำระค่าบริการวิเคราะห์อื่นๆ นอกเหนือจากอัตราค่าบริการที่ได้ตกลงกับทางศูนย์วิเคราะห์ฯ กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงอัตราค่าบริการ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิธีวิเคราะห์ หรือมีการใช้สารเคมีเพิ่มมากขึ้นจากวิธีตามปกติ ซึ่งเจ้าหน้าที่ศูนย์วิเคราะห์ฯ จะแจ้งให้ทราบล่วงหน้าทุกครั้ง
3.....	<input type="checkbox"/> แนบ COA	<input type="checkbox"/> รับคืน	<input type="checkbox"/> ไม่รับคืน	3. ศูนย์วิเคราะห์ฯ จะคืนตัวอย่างที่เลือกจากการวิเคราะห์ให้ผู้ขอรับบริการ รวมถึงรายการสารมาตรฐาน สารเคมี หรืออุปกรณ์ตามที่ได้แจ้งประสงค์รับคืนไว้ โดยต้องมารับด้วยตนเอง ในกรณีที่ไม่สามารถคืนตัวอย่าง สารมาตรฐาน สารเคมี หรืออุปกรณ์ได้ เจ้าหน้าที่ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์จะดำเนินการแจ้งเหตุผลให้ทราบแก่ผู้ขอรับบริการ
4.....	<input type="checkbox"/> แนบ COA	<input type="checkbox"/> รับคืน	<input type="checkbox"/> ไม่รับคืน	
5.....	<input type="checkbox"/> แนบ COA	<input type="checkbox"/> รับคืน	<input type="checkbox"/> ไม่รับคืน	

ใบรายงานผลการวิเคราะห์
*สามารถเลือกใบรายงานผลได้เพียงภาษาเดียวเท่านั้น หากต้องการทั้งสองภาษา คิดค่าใช้จ่ายเพิ่มฉบับละ 200 บาท และคิดค่าใช้จ่ายสำหรับสำเนาใบ
รายงานผลการวิเคราะห์เพิ่มชุดละ 200 บาท ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ
 สำเนาภาษาไทย.....ชุด สำเนาภาษาอังกฤษ.....ชุด

การตัดสินใจผลการวิเคราะห์ (มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมรายการละ 500 บาท) *ตัดสินใจเฉพาะรายการที่ทางศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ ฝ่ายสมุนไพรร ได้รับการรับรองเท่านั้น
 ต้องการ โดยใช้เกณฑ์ (ผู้ขอรับบริการต้องระบุ).....
 ไม่ต้องการ

เฉพาะกรณีที่ต้องการให้ตัดสินผล
ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ ฝ่ายสมุนไพรร กำหนดเงื่อนไข เกณฑ์การตัดสินผลดังต่อไปนี้

- ระบุผล “ผ่าน” หรือ “PASSED” ในกรณีที่ ค่าการวิเคราะห์บวกลบค่าความไม่แน่นอนมีค่าไม่เกินค่าสูงสุดของมาตรฐานที่กำหนด
- ระบุผล “ผ่าน” หรือ “PASSED” ในกรณีที่ ค่าการวิเคราะห์ลบค่าความไม่แน่นอนมีค่าไม่น้อยกว่าค่าต่ำสุดของมาตรฐานที่กำหนด
- ระบุผล “ไม่ผ่าน” หรือ “FAILED” ในกรณีที่ ค่าการวิเคราะห์บวกลบค่าความไม่แน่นอนแล้วมีค่ามากกว่าค่าสูงสุด หรือน้อยกว่าค่าต่ำสุดของมาตรฐานที่กำหนด
- ศูนย์วิเคราะห์ฯ ไม่รับผิดชอบต่อความถูกต้องของข้อมูลประกอบการตัดสินใจวิเคราะห์ใดๆ ที่มาจากส่วนของผู้ขอรับบริการ

ผู้ขอรับบริการยอมรับการใช้เงื่อนไขเกณฑ์การตัดสินผลตามที่ระบุ (ลงชื่อผู้ขอรับบริการ).....วันที่.....



ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ ฝ้ายสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ห้อง 501 อาคารราชรัตน์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
447 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 096-812-3539, อีเมล mucapq@gmail.com

แบบฟอร์มขอรับบริการ
FQ-CAN-003 Rev. 00
วันที่เริ่มใช้: 15 กันยายน 2563
หน้าที:/.....

รายการตัวอย่างทดสอบ

ตัวอย่างที่..... ชื่อตัวอย่าง..... รหัสบ่งชี้ตัวอย่าง (Sample ID) (ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่)
 จำนวน เลขทะเบียนยา (Reg. No.) รุ่นการผลิต (Lot No.) ยาสำเร็จรูปจากสมุนไพร สารสกัด/สารเคมี วัตถุดิบสมุนไพร
 วันที่ผลิต..... วันหมดอายุ..... สถานะการเก็บตัวอย่าง อุณหภูมิห้อง (25 – 30 °C) ตู้เย็น (2 – 8 °C) ตู้แช่แข็ง (-20 °C) อื่นๆ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร อื่นๆ
 ปริมาณสารสำคัญ..... ลักษณะตัวอย่าง.....
 บริษัทผู้ผลิต..... บริษัทผู้แทนจำหน่าย.....

รายการตัวอย่างทดสอบ

ตัวอย่างที่..... ชื่อตัวอย่าง..... รหัสบ่งชี้ตัวอย่าง (Sample ID) (ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่)
 จำนวน เลขทะเบียนยา (Reg. No.) รุ่นการผลิต (Lot No.) ยาสำเร็จรูปจากสมุนไพร สารสกัด/สารเคมี วัตถุดิบสมุนไพร
 วันที่ผลิต..... วันหมดอายุ..... สถานะการเก็บตัวอย่าง อุณหภูมิห้อง (25 – 30 °C) ตู้เย็น (2 – 8 °C) ตู้แช่แข็ง (-20 °C) อื่นๆ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร อื่นๆ
 ปริมาณสารสำคัญ..... ลักษณะตัวอย่าง.....
 บริษัทผู้ผลิต..... บริษัทผู้แทนจำหน่าย.....

รายการตัวอย่างทดสอบ

ตัวอย่างที่..... ชื่อตัวอย่าง..... รหัสบ่งชี้ตัวอย่าง (Sample ID) (ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่)
 จำนวน เลขทะเบียนยา (Reg. No.) รุ่นการผลิต (Lot No.) ยาสำเร็จรูปจากสมุนไพร สารสกัด/สารเคมี วัตถุดิบสมุนไพร
 วันที่ผลิต..... วันหมดอายุ..... สถานะการเก็บตัวอย่าง อุณหภูมิห้อง (25 – 30 °C) ตู้เย็น (2 – 8 °C) ตู้แช่แข็ง (-20 °C) อื่นๆ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร อื่นๆ
 ปริมาณสารสำคัญ..... ลักษณะตัวอย่าง.....
 บริษัทผู้ผลิต..... บริษัทผู้แทนจำหน่าย.....

รายการตัวอย่างทดสอบ

ตัวอย่างที่..... ชื่อตัวอย่าง..... รหัสบ่งชี้ตัวอย่าง (Sample ID) (ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่)
 จำนวน เลขทะเบียนยา (Reg. No.) รุ่นการผลิต (Lot No.) ยาสำเร็จรูปจากสมุนไพร สารสกัด/สารเคมี วัตถุดิบสมุนไพร
 วันที่ผลิต..... วันหมดอายุ..... สถานะการเก็บตัวอย่าง อุณหภูมิห้อง (25 – 30 °C) ตู้เย็น (2 – 8 °C) ตู้แช่แข็ง (-20 °C) อื่นๆ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร อื่นๆ
 ปริมาณสารสำคัญ..... ลักษณะตัวอย่าง.....
 บริษัทผู้ผลิต..... บริษัทผู้แทนจำหน่าย.....



ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ ฝ่ายสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ห้อง 501 อาคารราชรัชนี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
447 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 096-812-3539, อีเมล mucapq@gmail.com

แบบฟอร์มขอรับบริการ
FQ-CAN-003 Rev. 00
วันที่เริ่มใช้: 15 กันยายน 2563
หน้าที:/.....

รายการตัวอย่างทดสอบ

ตัวอย่างที่..... ชื่อตัวอย่าง..... รหัสส่งซีตัวอย่าง (Sample ID) (ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่)
 ยาสำเร็จรูปจากสมุนไพร สารสกัด/สารเคมี วัตถุดิบสมุนไพร
 จำนวน เลขทะเบียนยา (Reg. No.) รุ่นการผลิต (Lot No.) ผลิตภัณฑ์สมุนไพร อื่นๆ
 วันที่ผลิต..... วันหมดอายุ..... สถานะการเก็บตัวอย่าง อุณหภูมิห้อง (25 – 30 °C) ต่ำเย็น (2 – 8 °C) ต่ำแช่แข็ง (-20 °C) อื่นๆ
 ปริมาณสารสำคัญ..... ลักษณะตัวอย่าง.....
 บริษัทผู้ผลิต..... บริษัทผู้แทนจำหน่าย.....

รายการตัวอย่างทดสอบ

ตัวอย่างที่..... ชื่อตัวอย่าง..... รหัสส่งซีตัวอย่าง (Sample ID) (ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่)
 ยาสำเร็จรูปจากสมุนไพร สารสกัด/สารเคมี วัตถุดิบสมุนไพร
 จำนวน เลขทะเบียนยา (Reg. No.) รุ่นการผลิต (Lot No.) ผลิตภัณฑ์สมุนไพร อื่นๆ
 วันที่ผลิต..... วันหมดอายุ..... สถานะการเก็บตัวอย่าง อุณหภูมิห้อง (25 – 30 °C) ต่ำเย็น (2 – 8 °C) ต่ำแช่แข็ง (-20 °C) อื่นๆ
 ปริมาณสารสำคัญ..... ลักษณะตัวอย่าง.....
 บริษัทผู้ผลิต..... บริษัทผู้แทนจำหน่าย.....

รายการตัวอย่างทดสอบ

ตัวอย่างที่..... ชื่อตัวอย่าง..... รหัสส่งซีตัวอย่าง (Sample ID) (ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่)
 ยาสำเร็จรูปจากสมุนไพร สารสกัด/สารเคมี วัตถุดิบสมุนไพร
 จำนวน เลขทะเบียนยา (Reg. No.) รุ่นการผลิต (Lot No.) ผลิตภัณฑ์สมุนไพร อื่นๆ
 วันที่ผลิต..... วันหมดอายุ..... สถานะการเก็บตัวอย่าง อุณหภูมิห้อง (25 – 30 °C) ต่ำเย็น (2 – 8 °C) ต่ำแช่แข็ง (-20 °C) อื่นๆ
 ปริมาณสารสำคัญ..... ลักษณะตัวอย่าง.....
 บริษัทผู้ผลิต..... บริษัทผู้แทนจำหน่าย.....

ลงชื่อ ผู้ขอรับบริการ วันที่.....
(.....)

ลงนามเมื่อได้รับผลการวิเคราะห์

รับใบรายงานผลการวิเคราะห์และรับคืนตัวอย่าง สารมาตรฐาน สารเคมี อุปกรณ์ เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ ลงชื่อผู้รับคืน..... ลงชื่อเจ้าหน้าที่ศูนย์วิเคราะห์.....

ส่วนของเจ้าหน้าที่

ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ ฝ่ายสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ทบทวนรายละเอียดการขอรับบริการข้างต้นแล้ว ทางศูนย์วิเคราะห์ฯ

สามารถให้บริการได้ทุกหัวข้อ ไม่สามารถให้บริการได้ทุกหัวข้อ สามารถให้บริการได้เฉพาะหัวข้อต่อไปนี้.....

โดยมีกำหนดแล้วเสร็จโดยประมาณ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ผู้ขอรับบริการส่งตัวอย่าง สารมาตรฐาน สารเคมีและอุปกรณ์ ครบถ้วน และมีค่าบริการวิเคราะห์ทั้งสิ้น บาท



ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ ฝ่ายสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 ห้อง 501 อาคารราชรัตน์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 447 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
 โทรศัพท์ 096-812-3539, อีเมลล์ mucapq@gmail.com

แบบฟอร์มขอรับบริการ
 FQ-CAN-003 Rev. 00
 วันที่เริ่มใช้: 15 กันยายน 2563
 หน้าที่:/.....

สถานที่เก็บสารมาตรฐาน/สารเคมี/อุปกรณ์

- | | | | | |
|--------|--------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 1..... | หมายเลข..... | <input type="checkbox"/> ตู้ -20 °C | <input type="checkbox"/> ตู้เย็น | <input type="checkbox"/> ตู้เก็บสาร |
| 2..... | หมายเลข..... | <input type="checkbox"/> ตู้ -20 °C | <input type="checkbox"/> ตู้เย็น | <input type="checkbox"/> ตู้เก็บสาร |
| 3..... | หมายเลข..... | <input type="checkbox"/> ตู้ -20 °C | <input type="checkbox"/> ตู้เย็น | <input type="checkbox"/> ตู้เก็บสาร |
| 4..... | หมายเลข..... | <input type="checkbox"/> ตู้ -20 °C | <input type="checkbox"/> ตู้เย็น | <input type="checkbox"/> ตู้เก็บสาร |
| 5..... | หมายเลข..... | <input type="checkbox"/> ตู้ -20 °C | <input type="checkbox"/> ตู้เย็น | <input type="checkbox"/> ตู้เก็บสาร |

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ศูนย์วิเคราะห์ฯ วันที่.....
 (.....)

ผู้วิเคราะห์		
1. หัวข้อ.....	ผู้วิเคราะห์.....	ผู้มอบหมาย.....
2. หัวข้อ.....	ผู้วิเคราะห์.....	ผู้มอบหมาย.....
3. หัวข้อ.....	ผู้วิเคราะห์.....	ผู้มอบหมาย.....
4. หัวข้อ.....	ผู้วิเคราะห์.....	ผู้มอบหมาย.....
5. หัวข้อ.....	ผู้วิเคราะห์.....	ผู้มอบหมาย.....