|  |  |
| --- | --- |
| หมายเลข | FM-RD-00-00-03 |
| วันที่เริ่มใช้ | 1 มกราคม 2563 |

 **ศูนย์ความเป็นเลิศด้านเภสัชกรรมอุตสาหการ สำหรับการฝึกปฏิบัติ การจัดการ และการผลิต
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 447 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี
 กรุงเทพฯ 10400 โทร. 02-64408677-91 ต่อ 1414 และ 082-7940308 โทรสาร 02-3544326**

**ส่วนของผู้ขอรับบริการ**

* **ชื่อ และรายละเอียดติดต่อของผู้รับบริการ**

ชื่อผู้ขอรับบริการ (ภาษาไทย).....................................................................................................................................................

ชื่อผู้ขอรับบริการ (ภาษาอังกฤษ)................................................................................................................................................

โทรศัพท์.........................................โทรสาร............................................อีเมล์.............................................................................

* **ชื่อ และที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ**

ชื่อ/หน่วยงาน/บริษัท......................................................................................... แผนก................................................................

ที่อยู่...............................................................................................................................................................................................

* **วัตถุประสงค์ของการเข้ารับบริการ**.......................................................................................................................................................................................................
* **ประเภทการขอรับบริการ**

□ บริการใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์ □ บริการวิเคราะห์ □ บริการพัฒนาสูตรตำรับ □ บริการผลิต

- หัวข้อการเข้ารับบริการ หรือ รายละเอียดเพิ่มเติมในการขอรับบริการ มีดังนี้............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
- ตัวอย่างที่ส่งขอรับบริการ (กรุณาระบุรายละเอียด : ลักษณะบรรจุภัณฑ์/เลขทะเบียน/รุ่นการผลิต/สภาวะการเก็บรักษา/ฯลฯ)

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

- รายการสารมาตรฐาน/สารเคมี/อุปกรณ์ จากทางผู้ว่าจ้าง ถ้ามี (กรุณาแจ้งรายละเอียด : แนบ COA/รับคืน/ไม่รับคืน)

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ทั้งนี้ ทางผู้ขอรับบริการได้ทราบข้อกำหนดและเงื่อนไขการรับบริการตามประกาศคณะเภสัชศาสตร์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการของสถานที่ผลิตยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และยอบรับตามเงื่อนไขดังกล่าว

 .....................................................................................

 (..................................................................................)

 ลงชื่อผู้ขอรับบริการ

 (วันที่.............................................................)

เจ้าหน้าที่...................................................

วันที่รับ......................................................

**ส่วนของเจ้าหน้าที่**

* **สรุปการให้บริการของสถานที่ผลิตยา**

□ สามารถให้บริการได้ทุกหัวข้อ

□ สามารถให้บริการได้เฉพาะหัวข้อต่อไปนี้....................................................................................................................................

□ ไม่สามารถให้บริการได้ เนื่องจาก...............................................................................................................................................

โดยมีกำหนดแล้วเสร็จโดยประมาณ...........วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ผู้ขอรับบริการส่งตัวอย่าง สารมาตรฐาน สารเคมีและอุปกรณ์ และสิ่งอื่นใดที่จำเป็นสำหรับหารให้บริการครบถ้วน โดยมีค่าบริการทั้งสิ้นเป็นเงิน.............................................บาท (จำนวนเป็นตัวหนังสือ...........................................................................................................................................................)

* **รายละเอียดสถานที่เก็บตัวอย่าง/สารเคมี/อุปกรณ์/ฯลฯ ที่ได้มาจากทางผู้ว่าจ้าง**

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..................................................................................... ................................................................................

(..................................................................................) (..................................................................................)

 ลงชื่อผู้ขอรับบริการ ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

วันที่......................................................................... วันที่.......................................................................

|  |
| --- |
| เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบปฏิบัติงาน1. หัวข้อ..................................................................ผู้ปฏิบัติงาน....................................แล้วเสร็จวันที่.............................
2. หัวข้อ..................................................................ผู้ปฏิบัติงาน....................................แล้วเสร็จวันที่.............................
3. หัวข้อ..................................................................ผู้ปฏิบัติงาน....................................แล้วเสร็จวันที่.............................
4. หัวข้อ..................................................................ผู้ปฏิบัติงาน....................................แล้วเสร็จวันที่.............................
5. หัวข้อ..................................................................ผู้ปฏิบัติงาน....................................แล้วเสร็จวันที่.............................
 |

 .....................................................................................

 (..................................................................................)

 ลงชื่อผู้ส่งงาน

 วันที่...............................................................