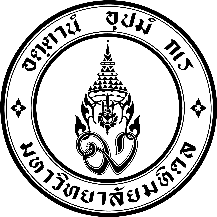
|  |  |
| --- | --- |
| หมายเลข |  |
| วันที่เริ่มใช้ |  |

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

**วัตถุประสงค์ของการเข้ารับบริการ**.....................................................................................................................................................................................................

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

**ประเภทการขอรับบริการขอคำปรึกษา**

□ บริการใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์ □ บริการให้ความรู้ทางการผลิตยา □ บริการพัฒนาสูตรตำรับ

□ บริการให้ความรู้ทางการผลิตเครื่องสำอาง □ จ้างผลิตเครื่องสำอาง

- หัวข้อการเข้ารับบริการ หรือ รายละเอียดเพิ่มเติมในการขอรับบริการ มีดังนี้..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**ช่องทางการให้บริการ**

□ โทรศัพท์ □ อีเมล์(E-Mail) □ แนะนำจากเพื่อน □ หาข้อมูลทางเวปไซต์(Internet)

ทั้งนี้ ทางผู้ขอรับบริการได้ทราบข้อกำหนดและเงื่อนไขการรับบริการตามประกาศคณะเภสัชศาสตร์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการของสถานที่ผลิตยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และยอบรับตามเงื่อนไขดังกล่าว

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

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

ลงชื่อผู้ขอรับบริการ

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

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

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

ลงชื่อให้ผู้ขอรับบริการ

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