ศูนย์ความหลากหลายทางชีวภาพ

เลขที่ขอรับบริการ (Service No.)________________
เลขที่ใบแจ้งเก็บเงิน (Invoice No.)________________
เลขที่ใบเสร็จรับเงิน (Receipt No.)________________

(สำหรับเจ้าหน้าที่ฯ)

แบบฟอร์มทบทวนคำขอบริการ
(The review of request form)

วันที่ (Date)______เดือน (Month)________________พ.ศ. (Year)________

รายละเอียดการให้บริการ (Service details)

1. เลขที่คำขอรับบริการ (Request No.)____

2. รายการทบทวนคำขอรับบริการ (List of reviewed requests)

การทบทวนคำขอบริการ (The review of request)	สถานภาพ (Status)	
	ผ่าน (approved)	ไม่ผ่าน (disapproved)
1. วิธีในการตรวจวิเคราะห์ (Method of analysis)______________________________		
2. ชนิดของชุดตรวจวิเคราะห์ (Type of analysis)______________________________		
3. ระยะเวลาดำเนินการประมาณ (Approx. period of analysis)__________สัปดาห์ (weeks)		
4. อื่นๆ (ระบุ) (Others)____ ____		

3. รายละเอียดการให้บริการ

3.1 ราคาโดยประมาณของการตรวจนับจุลินทรีย์ (Approx. price of total plate count) ____________________ บาท (Bath)

3.2 ราคาโดยประมาณของการแยกเชื้อบริสุทธิ์ (Approx. price of isolation + purification)____________________ บาท (Bath)

3.3 ราคาโดยประมาณของการจัดจำแนกสายพันธุ์ (Approx. price of identification)____________________ บาท (Bath)

3.4 ราคาโดยประมาณของงานบริการอื่นๆ (Approx. price of other service request) ____________________ บาท (Bath)

3.5 กำหนดรับรายงานหรือผลการทดสอบ (Due date for collecting reports/testing results)________________

ยืนยันการขอรับบริการ (I declared that all above details are correct)

ลงชื่อ (Signature)______________________________
(______________________________)
ผู้ขอรับบริการ
(Client's Signature)

ลงชื่อ (Signature)______________________________
(______________________________)
นักวิจัย/เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอบริการ
(Researcher/Staff)