



**TEST REQUEST FORM**

(สำหรับสถาบันอาหาร/NFI Only)  
 No. \_\_\_\_\_

1) **ชื่อบริษัท/ห้าง**  
 Customer name : \_\_\_\_\_  
**ที่อยู่**  
 Address : \_\_\_\_\_

2) **สำหรับรายงานผล**  
 Report name: \_\_\_\_\_  
**ที่อยู่**  
 Address : \_\_\_\_\_

3) **สำหรับใบเสร็จรับเงิน**  
 Bill name : \_\_\_\_\_  
**ที่อยู่**  
 Address : \_\_\_\_\_

4) **ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อ** \_\_\_\_\_ **มือถือ** \_\_\_\_\_ **โทรศัพท์** \_\_\_\_\_  
 Contact person : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_  
**ตำแหน่ง** \_\_\_\_\_ **อีเมล** \_\_\_\_\_ **โทรสาร** \_\_\_\_\_  
 Position : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

5) **อ้างอิงใบเสนอราคา**  
 Ref.quote no.: \_\_\_\_\_

เหมือนที่อยู่ด้านบน 1)  
 Same as above 1)

เหมือนที่อยู่ด้านบน 1)  
 Same as above 1)

เหมือนที่อยู่ด้านบน 2)  
 Same as above 2)

ลำดับ No.	รายละเอียดตัวอย่าง (ระบุใน Report) Sample Description and Code	น้ำหนัก Weight	จำนวน Qty	อุณหภูมิ/Temp.			รายการทดสอบ Test items	หมายเลขปฏิบัติการ NFI code for NFI Only
				RT	Chill	Frozen		

**หมายเหตุ/** \_\_\_\_\_  
 Remarks : \_\_\_\_\_

**ทบทวนข้อตกลง/Contract reviews : สำหรับลูกค้า/Customer Only**

a) **วัตถุประสงค์การส่งตรวจ/Purpose of testing**

ประกันคุณภาพ/QC  Health Cert.กรมวิชาการเกษตร/DAO  
 ขึ้นทะเบียน อย./Thai FDA  Health Cert.กรมประมง/DOF  
 ขึ้น มอก./TIS  Health Cert.กรมปศุสัตว์/DLD  
 ขึ้น มผช./OTOP  อื่นๆ \_\_\_\_\_

b) **รับตัวอย่าง/Sample receiving**

ส่ง-ตนเอง-ผู้แทน/By Hand  ส่ง-ไปรษณีย์/By Mail  
 ส่ง-NFI บริการ/By Delivery  ส่ง-ขนส่ง/By Logistics \_\_\_\_\_

c) **รับรายงานผลฉบับจริง/Original report sent to**

รับด้วยตนเอง-ผู้แทน/By Hand  ไปรษณีย์/By EMS-Report  
 ไปรษณีย์/By EMS-Customer  ไปรษณีย์/By EMS-Bill  
 ไปรษณีย์ ที่อยู่/by EMS Others address (ระบุ) \_\_\_\_\_

d) **ระยะเวลาการรายงานผล/Time required**

ปกติ/Regular  รวดเร็ว/Express 50% Surcharge \_\_\_\_\_ วัน

e) **สำหรับตัวอย่างน้ำ/Water samples**

ระบุ ว/ด/ป ที่เก็บ \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ น.

f) **ขอคืนตัวอย่าง/Sample after testing**

ไม่ขอคืน/Dispose sample  
 ขอคืน ภายใน 30 วัน/Return Sample in 30 days (ค่าบริการเริ่มต้นที่ 500 บาท)  
 ขอคืนเฉพาะภาชนะบรรจุ/Return container only

g) **บริการอื่นๆ/Others (ถ้ามี)**

รายงานค่าความไม่แน่นอนการทดสอบ (Uncertainty) 500 บ./ตย./รายการ กรุณาระบุตัวอย่างและรายการ \_\_\_\_\_  
 รายงานระบุความสอดคล้องผลกับเกณฑ์ที่กำหนดตามกฎการตัดสินใจ (Decision Rule) Ref.P7.8-03 (ค่าบริการเริ่มต้นที่ 1,000 บ./ตย./รายการ) \_\_\_\_\_

h) **ข้อตกลง/Terms and conditions**

- วิธีการทดสอบอ้างอิงตามวิธีมาตรฐาน ใบเสนอราคา/ใบรับชำระ
- ไม่ประสงค์คิดค่าใช้จ่าย หากตัวอย่างที่นำมาทดสอบเสียหาย
- ไม่มีบริการด้านการให้ความเห็นและการแปลผล
- ชำระค่าบริการตามระเบียบของสถาบันอาหาร/หรือตามข้อตกลงเครดิต
- ข้าพเจ้ายอมรับข้อตกลงข้างต้น

ผู้ส่งตัวอย่าง Submitted by : \_\_\_\_\_ วันที่ Date : \_\_\_\_\_

**สำหรับสถาบันอาหาร/NFI only**

I) สำหรับตัวอย่างน้ำ/Water samples

ระบุ ว/ด/ป ที่รับ \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ น.  
 กรณีเกินระยะเวลา 8 ชม.ยืนยันให้ดำเนินการทดสอบ

II) การใช้บริการผู้รับเหมาช่วง/Sub contracting :

ไม่ใช่  ใช่ (ระบุ) \_\_\_\_\_

III) กรณีวิธีเฉพาะตามเอกสารกรณีพิเศษเท่านั้น (ระบุ)

เครื่องมือ/บุคลากร  พร้อม  ไม่พร้อม

ผู้รับค่าขอ Recieved by : \_\_\_\_\_ วันที่ Date : \_\_\_\_\_

IV) สภาพตัวอย่าง/Sample condition :

ปกติ/Normal  ไม่ปกติ/Abnormal \_\_\_\_\_

V) สถานที่เก็บตัวอย่าง/ Storage no. :

C311A/RT  R311E/Chill  R311B/Frozen

VI) กำหนดส่งผล/TAT :  
 (กรุณาโทรสอบถามก่อนรับผล)

ผู้รับตัวอย่าง Log in by : \_\_\_\_\_ วันที่ Date : \_\_\_\_\_

VII) บันทึกการประสานงานลูกค้า/Contact records

Date	Customer	Description	Contact	Date