

แบบฟอร์มแจ้งรายละเอียดการโอนเงิน

ชื่อ (หน่วยงาน / บุคคล) จังหวัด ได้โอนเงินจำนวน บาท

1. สำเนาหลักฐานการโอนเงิน

โปรดติดสำเนาหลักฐานการโอนเงิน (Pay In)

เพื่อเป็นค่าบริการ (โปรดระบุรายการ)

ค่าบริการตรวจวิเคราะห์และทดสอบ		หมายเหตุ	ค่าบริการผลิตชุดทดสอบ		หมายเหตุ
รายการ	จำนวน (ตัวอย่าง)		รายการ	จำนวน (ชุด/ขวด)	
น้ำประปาดื่มได้			อ 11 (ชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำ)		
น้ำบาดาลเพื่อการบริโภค			อ 12 (ชุดทดสอบซัลโฟเนลล่า)		
น้ำดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิท (อย. ย่อ)			อ 13 (ชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร)		
น้ำดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิท (อย. เต็ม)			อ 14 (ชุดทดสอบสแตฟิโลค็อกคัส ออเรียส)		
น้ำโรงเรียนระดับเพชร			อ 15 (ชุดตรวจเชื้อไวรัสโอ สปีชีส์)		
น้ำทิ้ง/น้ำเสีย			อ 31 (ชุดทดสอบคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำ)		
ปริมาณไนโตรเจนในน้ำทิ้งปฏิภูล			อ 36 (ชุดทดสอบไอโอดีน)		
ปริมาณไนโตรเจนในกากตะกอน			อ 37 (ชุดตรวจสอบความกระด้างในน้ำ)		
อื่นๆ / ระบุ			อ 38 (ชุดทดสอบความเป็นกรด-ด่าง)		
			อ 39 (ชุดตรวจสอบปริมาณเหล็กในน้ำบริโภค)		
			อื่นๆ / ระบุ		

2. รายละเอียดการออกไปเสร็จรับเงิน โปรดระบุให้ชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการใช้เป็นหลักฐานประกอบเบิก

3. รายละเอียดการจัดส่งใบเสร็จรับเงิน โปรดระบุ ชื่อและที่อยู่ผู้รับให้ชัดเจน เพื่อการนำส่งไปรษณีย์ลงทะเบียน

4. ผู้ประสานงาน หมายเลขโทรศัพท์

หมายเหตุ : 1. โปรดส่งรายละเอียดให้กองห้องปฏิบัติการสาธารณสุขกรมอนามัยทางไลน์การเงิน Line ID: @865mtyph หรือทาง โทรสาร (FAX) ที่หมายเลข 0 2968 7625
2. โปรดแจ้งยืนยันการส่งเอกสารทางโทรศัพท์ หมายเลข 0 2968 7600, 0 2968 7610