



คู่มือการขอรับบริการ



ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย

การขอรับบริการ

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้รับบริการมั่นใจว่าการให้บริการเป็นไปตามความต้องการของผู้รับบริการ มีการประสานงาน มีการ เฝ้าระวังประสิทธิภาพในงานที่ทำและการบริการ โดยมีคุณภาพเหมาะสมตามที่ผู้รับบริการร้องขอและมีการรักษา ความลับของข้อมูล

2. ขอบเขตครอบคลุมการบริการตั้งแต่

- 2.1 การจัดส่งผลิตภัณฑ์ เช่น การจัดส่งอุปกรณ์/ภาชนะสุ่มเก็บตัวอย่าง การจัดส่งชุดทดสอบทางภาคสนาม อย่างง่าย
- 2.2 การให้คำแนะนำทางวิชาการ เช่น การสุ่มเก็บตัวอย่าง การรักษาสภาพตัวอย่าง การตรวจวิเคราะห์ และทดสอบตัวอย่างความไวของชุดทดสอบทางภาคสนาม
- 2.3 การรักษาความลับของผู้รับบริการ

3. คำนินยาม

- 3.1 ผู้ให้บริการ หมายถึง ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย
- 3.2 ผู้รับบริการ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ
 - 3.2.1 ผู้รับบริการภายใน หมายถึง หน่วยงานราชการภายในกรมอนามัย
 - 3.2.2 ผู้รับบริการภายนอก หมายถึง หน่วยงานราชการอื่น ๆ นอกสังกัดกรมอนามัย รัฐวิสาหกิจ เอกชนและประชาชนทั่วไป

4. การให้บริการ

4.1 การติดต่อประสานงานการให้บริการ / ให้คำปรึกษาทางด้านวิชาการ ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย ต้องมีการสื่อสารที่ดีกับผู้รับบริการหรือผู้แทน ทั้งในเรื่องการขอรับบริการ การให้คำแนะนำทางด้านวิชาการที่เกี่ยวข้อง การจัดการตัวอย่าง รายละเอียด และความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความชัดเจนในคำขอใช้บริการของผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการสามารถติดต่อได้ที่ อาคารศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย ซอยโรงพยาบาลศรีธัญญา ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเลขโทรสาร 0 2968 7604 , 0 2968 7625

เบอร์ตรง 0 2968 7600, 0 2968 7610

หมายเลขโทรศัพท์สำหรับต่อเบอร์ภายใน 0 2968 7603 , 0 2968 7607, 0 2968 7609

0 2968 7620

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. งานทะเบียนรับตัวอย่าง | 0 2968 7600, 0 2968 7610 (เบอร์ตรง)
ต่อเบอร์ภายใน 4833, 4838, 4805 |
| 2. งานการเงิน | ต่อเบอร์ภายใน 4876 |
| 3. งานพัสดุ | ต่อเบอร์ภายใน 4869 |

4.2 การขอรับบริการ

การขอรับอุปกรณ์/ภาชนะสุมเก็บตัวอย่างน้ำเพื่อการตรวจวิเคราะห์และทดสอบหรือชุดทดสอบทางภาคสนาม โปรดดำเนินการดังนี้

1. ติดต่อ / ประสานขอรับภาชนะสุมเก็บตัวอย่างน้ำ ก่อนถึงกำหนดวันสุมเก็บตัวอย่างล่วงหน้าอย่างน้อย 15 วันทำการโดยติดต่อเพื่อขอทราบราคาค่าบริการได้ทางช่องทางต่อไปนี้

- 1.1 หนังสือราชการ โปรดระบุความต้องการขอรับบริการ ภาคผนวก 1 เช่น
 - ขอใบแจ้งราคา
 - ขอรับอุปกรณ์/ ภาชนะสุมเก็บตัวอย่างหรือชุดทดสอบ
- 1.2 โทรสารหมายเลข 0 2968 7604 หรือ 0 2968 7625
- 1.3 โทรศัพท์หมายเลข 0 2968 7603 , 0 2968 7607, 0 2968 7609 , 0 2968 7620 ต่อ 4833 , 4838, 4805 และ 0 2968 7600, 0 2968 7610 (เบอร์ตรง)
2. การติดต่อในช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือทั้ง 3 ช่องทางในข้อ 1 โปรดแจ้งรายละเอียดดังนี้
 - 2.1 ที่อยู่ที่จะให้จัดส่งผลิตภัณฑ์ทั้งอุปกรณ์/ภาชนะสุมเก็บตัวอย่างและชุดทดสอบทางภาคสนาม
 - 2.2 ชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ประสานหรือผู้รับผิดชอบที่สามารถติดต่อได้
 - 2.3 กรณีขอรับภาชนะสุมเก็บตัวอย่างในโครงการโรงเรียนระดับเพชร โปรดแจ้งชื่อโรงเรียนและจำนวนนักเรียน
 - 2.3.1 จำนวนนักเรียนไม่เกิน 300 คน สุมเก็บตัวอย่างน้ำตรวจทุกรายการทดสอบ 1 จุด
 - 2.3.2 จำนวนนักเรียนตั้งแต่ 301-1,500 คน สุมเก็บตัวอย่างน้ำตรวจทุกรายการทดสอบ 1 จุด และเพิ่มจุดสุมเก็บตัวอย่างแบคทีเรีย 1 จุด
 - 2.3.3 จำนวนนักเรียนตั้งแต่ 1,501-5,000 คน สุมเก็บตัวอย่างน้ำตรวจทุกรายการทดสอบ 1 จุด และเพิ่มจุดสุมเก็บตัวอย่างแบคทีเรีย 2 จุด
 - 2.3.4 จำนวนนักเรียนตั้งแต่ 5,001 คนขึ้นไป สุมเก็บตัวอย่างน้ำตรวจทุกรายการทดสอบ 1 จุด และเพิ่มจุดสุมเก็บตัวอย่างแบคทีเรีย 3 จุด

หมายเหตุ : กรณีที่ท่านติดต่อกับศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย ทางโทรสาร โปรดยืนยันโดยโทรแจ้งการส่งโทรสารอีกครั้ง

4.3 การจัดเตรียมอุปกรณ์และภาชนะบรรจุ

ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย มีบริการอุปกรณ์/ภาชนะสุมเก็บตัวอย่างน้ำและเอกสารที่เกี่ยวข้องได้แก่แบบคำขอรับบริการ คู่มือสุมเก็บตัวอย่าง และฉลากติดข้างภาชนะ พร้อมทั้งภาชนะบรรจุตัวอย่างเพื่อการรักษาสภาพ ให้กับผู้รับบริการ

4.4 การจัดส่งผลิตภัณฑ์

ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย ได้ทำการว่าจ้างบริษัทขนส่งเอกชนให้ดำเนินการขนส่งผลิตภัณฑ์ทั้งอุปกรณ์ / ภาชนะสุมเก็บตัวอย่างน้ำและชุดทดสอบทางภาคสนาม จากอาคารศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย ทุกวันจันทร์หรือวันทำการแรกของสัปดาห์และนำส่งให้ผู้รับบริการภายใน 7-10 วัน

: การตรวจสอบความใช้ได้ของผลิตภัณฑ์

กรณีอุปกรณ์/ภาชนะสุมเก็บตัวอย่าง เมื่อผู้รับบริการได้รับอุปกรณ์/ภาชนะสุมเก็บตัวอย่างน้ำแล้วโปรดตรวจสอบดังต่อไปนี้

1. ความครบถ้วนของอุปกรณ์

1.1 ภาชนะสุมเก็บตัวอย่างน้ำบริโภค 1 ชุดสำหรับการตรวจวิเคราะห์และทดสอบ 20 รายการ ทดสอบตามเกณฑ์ประปาได้กรมอนามัย ประกอบด้วยอุปกรณ์ 3 ชิ้น ต่อ 1 ตัวอย่าง ต่อ 1 จุดเก็บ ดึงภาพ



1.2 ภาชนะสุมเก็บตัวอย่างน้ำเสีย / น้ำทิ้ง 1 ชุดสำหรับการตรวจวิเคราะห์และทดสอบ 11 รายการ ทดสอบตามเกณฑ์มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด ประกอบด้วย อุปกรณ์ 5 ชิ้น ต่อ 1 ตัวอย่าง ต่อ 1 จุดเก็บ ดึงภาพ



ภาพข้างต้นยังไม่รวมภาชนะสุมเก็บตัวอย่างโลหะหนักซึ่งผู้รับบริการต้องแจ้งความประสงค์เพิ่มเติม
หมายเหตุ : สำหรับการตรวจสอบในเกณฑ์มาตรฐานอื่น โปรดดูภาพในภาคผนวก 2

2. ความใช้ได้ของอุปกรณ์ เช่น เกิดความแตก หัก เสียหายระหว่างการจัดส่งหรือไม่ หากพบความเสียหาย กรุณาติดต่อศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย หมายเลขโทรศัพท์ 0 2968 7603 , 0 2968 7607, 0 2968 7620 ต่อ 4869 เพื่อดำเนินการต่อไป

3. ความครบถ้วนของใบนำส่งตัวอย่าง โดยใบนำส่งตัวอย่าง 1 ใบต่อ 1 ตัวอย่าง

กรณีชุดทดสอบทางภาคสนาม เมื่อผู้รับบริการได้รับชุดทดสอบทางภาคสนามแล้วโปรดตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

1. ความถูกต้อง ครบถ้วนของจำนวนชุดทดสอบ
2. ความใช้ได้ของชุดทดสอบ เช่น เกิดการรั่ว ซึม แตก หรือมีการปนเปื้อน หากพบความเสียหาย กรุณา ติดต่อศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย หมายเลขโทรศัพท์ 0 2968 7603 , 0 2968 7607, 0 2968 7620 ต่อ 4869 เพื่อดำเนินการต่อไป

4.5 การนำส่งตัวอย่าง

ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัยให้บริการรับตัวอย่างเพื่อการตรวจวิเคราะห์และทดสอบ

กรณีที่ 1 : นำส่งด้วยตนเอง นำส่งได้ที่

ชั้น 1 อาคารศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย ซอยโรงพยาบาลศิริสัญญา ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

วันจันทร์-วันพฤหัสบดี เวลา 9.00 - 16.00 น.

วันศุกร์ หรือวันทำการสุดท้ายของสัปดาห์ เวลา 9.00 - 15.30 น.

กรณีที่ 2 : นำส่งโดยระบบขนส่ง

กรุณาติดต่อ / ประสานงานกับศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย เพื่อแจ้งการนำส่งตัวอย่าง ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0 2968 7603 , 0 2968 7607, 0 2968 7620 ต่อ 4833 , 4838 , 4805

วันจันทร์-วันพฤหัสบดี เวลา 9.00 - 16.00 น.

วันศุกร์หรือวันทำการสุดท้ายของสัปดาห์ เวลา 9.00 - 15.30 น.

โดยแจ้งรายละเอียดดังนี้

2.1 แจ้งชื่อหน่วยงานที่นำส่งตัวอย่าง พร้อมชื่อผู้ประสานงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2.2 แจ้งรายละเอียดของระบบขนส่งที่นำส่งตัวอย่าง ดังนี้

2.2.1 รถไฟ : โปรดระบุปลายทางที่สถานีบางเขนหรือสถานีบางซื่อเท่านั้น และโปรดแจ้งรายละเอียด

- ชื่อสถานีต้นทาง ชื่อจังหวัด

- หมายเลขขบวนรถและเวลาที่กำหนดถึงสถานีปลายทาง

2.2.2 รถทัวร์ : โปรดระบุปลายทางที่สถานีขนส่งหมอชิตใหม่ หรือสถานีขนส่งสายใต้ใหม่เท่านั้น และโปรดแจ้งรายละเอียด

- แจ้งชื่อจังหวัดที่ส่ง จำนวนกล่องที่ฝากส่งมากับรถทัวร์

- แจ้งชื่อบริษัทรถทัวร์ที่ฝากส่งตัวอย่างนี้ สถานีปลายทางที่ไหนและเวลาที่คาดว่าจะถึงสถานีปลายทาง

- แจ้งเลขข้างรถ หมายเลขโทรศัพท์ของพนักงานขับรถหรือหมายเลขสำนักงานของบริษัทขนส่ง

- สถานที่ที่ให้ติดต่อขอรับตัวอย่าง เช่น ช่างชายตัว ชานชาลาสถานีขนส่ง

2.2.3 กรณีฝากส่งกับบริษัทสยามเฟสท์ : โปรดระบุปลายทางที่ผู้จัดส่งมีสินค้านำเข้านั้น และโปรดแจ้งรายละเอียด

- โปรดแจ้งเลขพัสดุ
- โปรดแจ้งอำเภอและจังหวัดของผู้ฝากส่ง

หมายเหตุ : ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย ขอการให้บริการรับตัวอย่างที่ฝากส่งโดยรถตู้สาธารณะ

5. การดำเนินการกรณีตัวอย่างหรือเอกสารประกอบการนำส่งไม่ถูกต้อง

เจ้าหน้าที่รับตัวอย่างของศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย จะตรวจสอบตัวอย่างและเอกสารประกอบการนำส่งตัวอย่างก่อนการรับและขึ้นรหัสตัวอย่าง หากตรวจพบว่าตัวอย่างที่ส่งตรวจวิเคราะห์ไม่ถูกต้อง ในกรณีต่อไปนี้

1. ปริมาณน้ำตัวอย่างน้อยกว่าที่กำหนด
2. ภาชนะบรรจุตัวอย่างรั่ว ซึม หรือแตกระหว่างการนำส่ง
3. ข้อมูลบนฉลากภาชนะบรรจุและใบนำส่งตัวอย่างไม่ตรงกัน
4. ไม่ระบุข้อมูลในเอกสารใบนำส่งตัวอย่าง หรือไม่มีใบนำส่งตัวอย่างแนบมาพร้อมตัวอย่าง

เจ้าหน้าที่รับตัวอย่างจะดำเนินการดังนี้

1. แจ้งให้ผู้รับบริการทราบทันที หากผู้รับบริการนำส่งตัวอย่างด้วยตนเอง
2. กรณีได้รับตัวอย่างจากระบบขนส่งหรือไปรษณีย์ เจ้าหน้าที่จะโทรศัพท์แจ้งผู้รับบริการทราบในเบื้องต้น
3. ทั้งกรณีที่ 1 และ 2 หากผู้รับบริการ “ยืนยัน” การส่งตรวจวิเคราะห์ ศูนย์ห้องฯ จะรับตรวจ โดยขึ้นข้อมูลตัวอย่าง “ไม่ปกติ” ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะปรากฏในรายงานผลการตรวจวิเคราะห์

ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัยขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการรับตัวอย่างในกรณีที่พบว่า

1. ตัวอย่างนั้นเสื่อมสภาพ
2. หมดอายุ
3. ภาชนะบรรจุตัวอย่างไม่ถูกต้อง/ผิดประเภท

6. การรายงานผลการตรวจวิเคราะห์และทดสอบ

ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย จะนำส่งรายงานผลการตรวจวิเคราะห์และทดสอบคุณภาพน้ำ ดังนี้

: กรณีโครงการของกรมอนามัย

1. รายงานผลฉบับจริง : จัดส่งให้หน่วยงานเจ้าของโครงการ
2. สำเนารายงานผล : จัดส่งให้หน่วยงานผู้นำส่งตัวอย่างและ / หรือ หน่วยงานที่มีการระบุให้จัดส่งรายงานผลในใบนำส่งตัวอย่าง

: กรณีหน่วยงานภายนอกกรมอนามัย

โปรดระบุความประสงค์ในการรับรายงานผลในใบนำส่งตัวอย่าง **ส่วนที่ 2 ข้อที่ 5 ให้ชัดเจน**

1. ผู้รับบริการติดต่อขอรับรายงานผลด้วยตนเองที่ ห้อง 1401 ชั้น1 อาคารศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย ตั้งแต่เวลา 9.00 – 16.00 น.
2. ศูนย์ห้องปฏิบัติการฯ นำส่งรายงานผลการตรวจวิเคราะห์และทดสอบให้แก่ผู้รับบริการทางไปรษณีย์ลงทะเบียน

หมายเหตุ : หากผู้รับบริการต้องการให้ส่งรายงานผลการตรวจวิเคราะห์และทดสอบ**ทางโทรสาร (FAX)** **ถือเป็นการส่งมอบรายงานผลอย่างไม่เป็นทางการ** โดยรายงานผลการตรวจวิเคราะห์และทดสอบฉบับจริงจะส่งตามไปภายหลัง

การขอแก้ไขรายงานผลการตรวจวิเคราะห์และทดสอบ

กรณีที่พบข้อผิดพลาดในรายงานผลการตรวจวิเคราะห์และทดสอบ เช่น พิมพ์หัวรายงานผล ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ผู้รับบริการต้องมีหนังสือชี้แจงเหตุผล ความจำเป็น ถึงผู้อำนวยการศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย โดยศูนย์ห้องปฏิบัติการยินดีดำเนินการให้โดยไม่คิดค่าบริการ

การขอคัดสำเนารายงานผลการตรวจวิเคราะห์และทดสอบ

ผู้รับบริการสามารถขอคัดสำเนารายงานผลการตรวจวิเคราะห์และทดสอบได้ โดยผู้รับบริการต้องมีหนังสือถึงผู้อำนวยการศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับตัวอย่าง เช่น วันที่ส่ง ตัวอย่าง เลขที่ใบรับตัวอย่างหรือเลขที่หนังสือนำส่งรายงานผล เพื่อให้สืบคนสำเนารายงานผลได้ถูกต้อง รวดเร็ว โดยศูนย์ห้องปฏิบัติการยินดีดำเนินการให้โดยไม่คิดค่าบริการ

7. การรักษาความลับของผู้รับบริการ

ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย จะไม่นำข้อมูลของผู้รับบริการไปเผยแพร่โดยมิได้รับความเห็นชอบจากผู้รับบริการ

วิธีชำระค่าบริการ

เพื่อให้การบริหารจัดการของศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด จึงข้อกำหนดวิธีการชำระค่าบริการตรวจวิเคราะห์ และทดสอบ / ผลิตภัณฑ์ทดสอบทางภาคสนามอย่างง่าย ดังนี้

ผู้ขอรับบริการต้องชำระค่าบริการตามจำนวนเงินที่ได้รับแจ้ง ณ วันที่ขอรับบริการและ หากชำระค่าบริการแล้วจะขอคืนค่าบริการในภายหลังมิได้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ซึ่งค่าบริการดังกล่าวได้ รวมค่าจัดส่งผลิตภัณฑ์ ค่าบริการตรวจ วิเคราะห์และทดสอบ ค่าบริการรับตัวอย่างจากสถานีส่ง ค่าบริการไปรษณีย์ในการจัดส่งรายงานผลและค่าบริการ ผลิตภัณฑ์ทดสอบไว้แล้ว โดย

1. ชำระด้วยตนเอง ที่ฝ่ายการเงิน ชั้น 1 อาคารศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย พร้อมรับ ผลิตภัณฑ์และใบเสร็จรับเงินตามที่ผู้รับบริการได้แจ้งความจำนง โดย

1.1 ชำระด้วยเงินสด

1.2 ชำระด้วยเช็คเช็ค ส่งจ่าย “ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย”

2. ชำระโดยการโอนเงิน

2.1 ภาระค่าธรรมเนียมการโอนเงินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ขอรับบริการ โดยโอนเงินเข้าบัญชี

บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย

สาขาระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์

ชื่อบัญชี 'ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย'

เลขที่บัญชี 142-0-28473-8

2.2 โปรดแจ้งหลักฐานการโอนเงินค่าบริการและรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 สำเนาใบโอนเงิน (Pay in)

2.2.2 รายละเอียด

- ระบุรายการและจำนวนของผลิตภัณฑ์ที่ต้องการขอรับบริการ เช่น น้ำเสียโรงพยาบาล 2 ตัวอย่าง, น้ำตู้หยอดเหรียญ 1 ตัวอย่าง, น้ำประปา โครงการโรงเรียนระดับเพชร จำนวนนักเรียน 810 คน, ชุดทดสอบ อ 11 จำนวน 2 ชุด , อ 13 จำนวน 500 ชุด , ไม้ SWAB 200 ก้าน เป็นต้น

ตัวอย่างรายละเอียดแจ้งการโอนเงิน

1. ชื่อ (หน่วยงาน / บุคคล) โรงพยาบาลบึงสามพัน จังหวัด เพชรบูรณ์ ได้โอนเงินจำนวน 3,400.- บาท

SAV 31/07/2560 SDCH THB 142-1-12138-7 ค่ายทองชัยภูมิการพาณิชย์ ***3,400.00 CH 11132 0451-113001
 3,430.00 FEE2 30:00/30:00

ธนาคารกรุงไทย สาขา อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ วันที่และเวลา 31/07/2560 13:23:11 **ใบรับฝากเงินและใบเสร็จรับเงิน**
 DEPOSIT SLIP & RECEIPT SLIP

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537000882

เลขบัญชี 142-1-12138-7 (ออมทรัพย์) สาขาพระบรมราชานุสรณ์-สามพัน สาขาศูนย์พัฒนาโครงการหลวง
 จำนวนเงิน 3,400.00 บาท (สามพันสี่ร้อยถ้วนบาท)

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ
 I hereby verify and confirm that the information mentioned above is true and correct.

ลายมือชื่อผู้ฝากเงิน/Depositor จำนวนเงิน/Amount ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ธนาคาร
 Authorized Signature รหัสบัญชี 84-5 004937

CFS 14036670000

142-1-12138-7

สำหรับลูกค้า For Customer

เพื่อเป็นค่าบริการ (โปรดระบุรายการ)

ค่าบริการตรวจวิเคราะห์และทดสอบ			หมายเหตุ	ค่าบริการผลิตชุดทดสอบ			หมายเหตุ
รายการ	จำนวน (ตัวอย่าง)			รายการ	จำนวน		
					ชุด	ขวด	
น้ำบริโภค	1		อ 11				
น้ำประปา			อ 12				
น้ำบาดาล			อ 13				
น้ำตู้หยอดเหรียญ			อ 31				
น้ำดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิท			อ 35				
น้ำโรงเรียนระดับเพชร			อ 36				
น้ำทิ้ง/น้ำเสีย	1						
อื่นๆ/ระบุ			อื่นๆ/ระบุ				

2. รายละเอียดการออกไปเก็บน้ำรับเงิน โปรดระบุให้ชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการใช้เป็นหลักฐานประกอบเบิก
 งานควบคุมโรค โรงพยาบาลบึงสามพัน 333 ม.9 ต.ชัยสมทอต อ.บึงสามพัน จ.เพชรบูรณ์ 67160

3. รายละเอียดการจัดส่งใบเสร็จรับเงิน โปรดระบุ ชื่อและที่อยู่ผู้รับให้ชัดเจน เพื่อการนำส่งโดยไปรษณีย์ลงทะเบียน
 งานควบคุมโรค โรงพยาบาลบึงสามพัน 333 ม.9 ต.ชัยสมทอต อ.บึงสามพัน จ.เพชรบูรณ์ 67160

4. ผู้ประสานงาน.....นายxx.....หมายเลขโทรศัพท์.....x xx xxx xxxx.....

หมายเหตุ : 1. โปรดส่งรายละเอียดให้ศูนย์ห้องฯทางโทรสาร (FAX) ที่หมายเลข 0 2968 7604 หรือ 0 2968 7625

2. โปรดโทรศัพท์แจ้งยืนยันการส่งโทรสาร (FAX) หมายเลข 0 2968 7603 , 0 2968 7620 ต่อ 4876,
 4869, 4805

- การออกใบเสร็จรับเงิน โปรตระบุชื่อ (บุคคลหรือหน่วยงาน) พร้อมรายละเอียดที่ต้องการให้ออกใบเสร็จรับเงิน เพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถใช้ประกอบการเบิกได้

- การจัดส่งใบเสร็จรับเงิน ให้ผู้ให้บริการโปตระบุ ชื่อ (บุคคลหรือหน่วยงาน) ที่อยู่ของผู้รับ เพื่อการนำส่งโดยไปรษณีย์ลงทะเบียน

- โปตระบุชื่อผู้ประสานงาน พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้

2.2.3 โปตระบุรายละเอียดในข้อ 2.2.2 ให้ศูนย์ห้องปฏิบัติการทราบทางโทรสาร (FAX) หมายเลข 0 2968 7604 หรือ 0 2968 7625 และโปตระบุโทรศัพท์แจ้งยืนยันการส่งเอกสารที่หมายเลข 0 2968 7603 , 0 2968 7607, 0 2968 7620 ต่อ 4833 , 4838 , 4805, 4869 หรือ 0 2968 7600, 0 2968 7610 (เบอร์ตรง)

หมายเหตุ :

1. ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย ขอสงวนสิทธิ์การให้บริการ ดังนี้

1.1 การจัดส่งผลิตภัณฑ์

1.1.1 ดำเนินการจัดส่งผลิตภัณฑ์ให้แก่ผู้ให้บริการทุกวันทำการแรกของสัปดาห์

1.1.2 ต้องมีวงเงินการขอรับบริการไม่น้อยกว่า 1,000 บาท / ครั้ง

1.1.2 ไม่บริการจัดส่งผลิตภัณฑ์ให้แก่ผู้ให้บริการที่อยู่ในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล

1.2 ค่าธรรมเนียมที่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ

1.2.1 ค่าธรรมเนียมการโอนเงินของธนาคาร กรณี ชำระค่าบริการโดยการโอนเงิน

1.2.2 ค่าระวางในการนำส่งตัวอย่างจาก “ผู้ให้บริการให้ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย”
ดำเนินการ

1.3 ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย ไม่สามารถลงนามใบสั่งซื้อ / สั่งจ้างได้ แต่สามารถดำเนินการ ออกใบแจ้งราคา ให้แก่ผู้ให้บริการที่ร้องขอได้

2. ผลิตภัณฑ์ หมายถึง อุปกรณ์ / ภาชนะสุ่มเก็บตัวอย่าง ชุดทดสอบทางภาคสนามอย่างง่ายและสิ่งสนับสนุนอื่นๆ ตามที่ผู้ให้บริการร้องขอ

ตัวอย่างหนังสือ ขอรับภาษาส่มเก็บตัวอย่างน้ำ



ที่...../.....

หน่วยงานผู้ขอรับภาษา.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

วันที่.....

เรื่อง ขอรับภาษาส่มเก็บตัวอย่างน้ำโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ถ้ามีเช่น....1. รายชื่อโรงเรียนที่ขอรับภาษาส่มเก็บตัวอย่างน้ำของจังหวัด
2. แผนการส่มเก็บตัวอย่างน้ำ

ตามที่ได้ดำเนินโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร
ใน ปีงบประมาณ..... และมีโรงเรียนที่จะต้องตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำดื่มในโรงเรียน เพื่อใช้
ประกอบในการ ประเมินรับรองโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร จำนวนโรงเรียน ดังสิ่งที่ส่ง
มาด้วย 1 และได้กำหนด แผนการส่มเก็บตัวอย่างน้ำ ดังสิ่งที่ส่งมาด้วย 2 นั้น

ในการนี้ ใครขอรับภาษาส่มเก็บตัวอย่างน้ำ
จำนวน..... ชุด และโปรดจัดส่งภาษาดังกล่าวไปยัง.....(โปรดระบุสถานที่จัดส่ง เช่น
ศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงเรียนฯ) ภายในวันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

ตัวอย่างหนังสือ ขอใบแจ้งราคา



ที่...../.....

หน่วยงานผู้ขอรับภาระ.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

วันที่.....

เรื่อง ขอรับใบแจ้งราคา

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย

สิ่งที่ส่งมาด้วยถ้ามี.....

ตามที่.....เทศบาลตำบลทุ่งดอกกรัก.....มีความประสงค์จะส่งตัวอย่างน้ำ เพื่อตรวจวิเคราะห์และทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ทั้งหมด 10 ตัวอย่างโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. น้ำประปา 5 ตัวอย่าง
2. น้ำบาดาล 2 ตัวอย่าง
3. น้ำตุ๋นยอดเห็ด 3 ตัวอย่าง

ในการนี้เทศบาลตำบลทุ่งดอกกรัก.....จึงใคร่ขอทราบราคาค่าตรวจวิเคราะห์ดังกล่าว และได้มอบให้ คุณใจดี นารัก หมายเลขโทรศัพท์ 089 123 4567 เป็นผู้ประสานงานในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

ตัวอย่างแบบฟอร์ม ใบนำส่งตัวอย่างโครงการ / หน่วยงานกรมอนามัย



เอกสารสำคัญ

ใบส่งตัวอย่างสำหรับสำหรับหน่วยงานภายในและโครงการของกรมอนามัย

โครงการ

☐ สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย ชื่อโครงการ.....
☐ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ☐ โควต้ากรมอนามัย ปี.....
☐ เปลี่ยนแปลงจากโควต้าเดิม (กรุณาแจ้งก่อนการนำส่งตัวอย่าง)
☐ หน่วยงานอื่นๆ ของกรมอนามัย ☐ โอนงบฯ ☐ อนุเคราะห์
 - ชื่อโครงการ

ตอนที่ 1 : (สำหรับผู้ส่งตัวอย่าง) กรุณากรอรายละเอียดของตัวอย่างให้ชัดเจน

ชื่อหน่วยงานผู้ส่ง รหัสตัวอย่างผู้ส่ง (โปรดระบุเป็นตัวเลข).....

ประเภทตัวอย่างน้ำ..... สถานที่เก็บ..... อำเภอ..... จังหวัด.....

วันที่เก็บตัวอย่าง..... เวลา..... วันที่ส่งตัวอย่าง..... เวลา.....

ชื่อผู้ส่งตัวอย่าง..... โทรศัพท์.....

ตอนที่ 2 : (เฉพาะห้องปฏิบัติการเท่านั้น) โปรดเติมข้อความหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หรือ ☐

No.	สัญลักษณ์ ตัวอย่าง	รหัสตัวอย่าง	ประเภทการทดสอบ							หมายเหตุ
			เคมี-กายภาพ	โลหะหนัก	แบคทีเรีย	ไนโตรเจน	ไขมัน-น้ำมัน	ซัลไฟด์	อื่นๆ	

(1) วิธีทดสอบ : ☐ วิธีทดสอบที่ห้องปฏิบัติการกำหนด
☐ วิธีทดสอบที่ผู้ส่งตัวอย่างกำหนด คือ

(2) สภาพของตัวอย่างขณะรับ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ เพราะ.....

(3) ภาวะแวดล้อมของตัวอย่าง (Condition) ☐ แฉ่น้ำแข็ง ☐ ไม่แฉ่น้ำแข็ง

(4) ลักษณะของตัวอย่างน้ำ.....

(5) การรับผล ☐ มารับเอง
☐ ส่งไปรษณีย์
 ที่อยู่

ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ๗.โรงพยาบาลศรีธัญญา ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2968-7600 ต่อ 4800 โทรสาร 0-2968-7625

แบบฟอร์มแจ้งการโอนเงิน

ชื่อ (หน่วยงาน / บุคคล).....จังหวัด.....ได้โอนเงินจำนวน.....บาท

1. สำเนาหลักฐานการโอนเงิน

โปรดติดสำเนาหลักฐานการโอนเงิน (Pay In)

เพื่อเป็นค่าบริการ (โปรดระบุรายการ)

ค่าบริการตรวจวิเคราะห์และทดสอบ		หมายเหตุ	ค่าบริการผลิตชุดทดสอบ		หมายเหตุ	
รายการ	จำนวน (ตัวอย่าง)		รายการ	จำนวน		
				ชุด		ขวด
น้ำบริโภค			อ 11			
น้ำประปา			อ 12			
น้ำบาดาล			อ 13			
น้ำดื่มยี่ห้อเหรียญ			อ 31			
น้ำดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิท			อ 35			
น้ำโรงเรียนระดับเพชร			อ 36			
น้ำทิ้ง/น้ำเสีย			อื่นๆ/ระบุ			
อื่นๆ/ระบุ						

2. รายละเอียดการออกใบเสร็จรับเงิน โปรดระบุให้ชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการใช้เป็นหลักฐานประกอบเบิก

.....

.....

3. รายละเอียดการจัดส่งใบเสร็จรับเงิน โปรดระบุ ชื่อและที่อยู่ผู้รับให้ชัดเจน เพื่อการนำส่งโดยไปรษณีย์ลงทะเบียน

.....

.....

4. ผู้ประสานงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเหตุ : 1. โปรดส่งรายละเอียดให้ศูนย์ห้องฯทางโทรสาร (FAX) ที่หมายเลข 0 2968 7604 หรือ 0 2968 7625
2. โปรดโทรศัพท์แจ้งยืนยันการส่งโทรสาร (FAX) หมายเลข 0 2968 7603, 0 2968 7620 ต่อ 4876, 4869, 4805