



กองห้องปฏิบัติการสาธารณสุขกรมอนามัย  
PUBLIC HEALTH LABORATORY DIVISION

## กองห้องปฏิบัติการสาธารณสุขกรมอนามัย

อาคารศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย หอพยาบาลศรีธัญญา

ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี 11000

โทรศัพท์: 0-2968-7600 โทรสาร: 0-2968-7604

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขรับตัวอย่าง : .....

รหัสตัวอย่าง : .....

สัญลักษณ์ตัวอย่าง : .....

วันที่รับตัวอย่าง : .....

### ใบคำขอรับบริการ

|   |  |
|---|--|
| 1. ผู้ขอรับบริการ/ผู้ส่งตัวอย่าง (ตัวบรรจุ)..... โทรศัพท์ .....   |  |
| 2. ชื่อและที่อยู่ที่จะระบุในใบรายงานผลทดสอบ   |  |
| ชื่อ/หน่วยงาน : .....   |  |
| ที่อยู่ : .....   |  |
| 3. จุดเก็บตัวอย่าง : ..... รหัสตัวอย่างผู้ส่ง (ถ้ามี) : .....   |  |
| ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  |  |
| วันที่เก็บตัวอย่าง : ..... เวลา .....   |  |
| 4. รายละเอียดตัวอย่างและการขอรับบริการ  |  |
| 4.1 ประเภทตัวอย่าง  | 4.2 วิธีการทดสอบตามเกณฑ์   |
| <input type="checkbox"/> น้ำบริโภค<br><input type="radio"/> น้ำดื่ม <input type="radio"/> น้ำประปา<br><input type="checkbox"/> น้ำอุปโภค<br><input type="radio"/> น้ำผิวดิน <input type="radio"/> น้ำจากแหล่งน้ำธรรมชาติ<br><input type="radio"/> น้ำสระว่ายน้ำ <input type="radio"/> อื่นๆ ..... | <input type="checkbox"/> เกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้กรมอนามัย พ.ศ. 2563<br><input type="checkbox"/> น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ตามประกาศ สธ. ฉบับที่ 61 (พ.ศ.2524) 31 รายการ<br><input type="checkbox"/> น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ตามประกาศ สธ. ฉบับที่ 61 (พ.ศ.2524) 13 รายการ<br><input type="checkbox"/> มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมน้ำบริโภค (มอก.257/2549)<br><input type="checkbox"/> มาตรฐานน้ำที่จากอาคารบางประเภทและบางขนาด<br><input type="checkbox"/> ปริมาณไขหนองพยาธิและแบคทีเรียอี. โคไลฯ ตามประกาศ สธ. ปี 2561<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) ..... |
| 4.3 การจัดส่งตัวอย่าง   | ** สำหรับหน่วยงานภายในกรมอนามัย **   |
| <input type="checkbox"/> ส่งด้วยตนเอง<br><input type="checkbox"/> ส่งทางบริการขนส่งสาธารณะ  | ชื่อหน่วยงาน.....<br>ชื่อโครงการ.....  |
| 4.4 การรับรายงานผลการทดสอบ  | 4.5 คำขอเพิ่มเติม  |
| <input type="checkbox"/> มารับด้วยตนเอง<br><input type="checkbox"/> ส่งทางไปรษณีย์<br><input type="checkbox"/> ส่งตามที่อยู่ในรายงานผล<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....  | <input type="checkbox"/> กรณีต้องการระบุค่ามาตรฐาน พร้อมตัดสินผลทดสอบ (คิดค่าธรรมเนียม)<br><input type="checkbox"/> ค่าความไม่แน่นอนของผลการทดสอบ (คิดค่าธรรมเนียม)<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....  |
| ลงชื่อ .....(ผู้ส่งตัวอย่าง)<br>วันที่ส่งตัวอย่าง .....   |  |
| <b>เฉพาะเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ / ทบทวนคำขอ</b>   |  |
| ภาชนะบรรจุตัวอย่างที่ส่งทดสอบ   |  |
| <input type="checkbox"/> แกลลอนพลาสติก 2 ลิตร<br><input type="checkbox"/> แกลลอนพลาสติก 3 ลิตร<br><input type="checkbox"/> ขวดพลาสติก 1 ลิตร<br><input type="checkbox"/> ขวดพลาสติก 250 มล.<br><input type="checkbox"/> ขวดแบคทีเรีย 500 มล.<br><input type="checkbox"/> ขวดแบคทีเรีย 1,000 มล.   | <input type="checkbox"/> แกลลอนพลาสติก 1 ลิตร<br><input type="checkbox"/> แกลลอนพลาสติก 5 ลิตร<br><input type="checkbox"/> ขวดแก้วสีชา 1 ลิตร<br><input type="checkbox"/> ขวดแก้วใส (ขวด BOD) 300 มล.<br><input type="checkbox"/> ขวดแบคทีเรีย 125 มล.<br><input type="checkbox"/> ขวดแก้วสีชาฝาเกลียว 1 ลิตร  |
| <input type="checkbox"/> แกลลอนพลาสติก (ไขพยาธิ) 5 ลิตร<br><input type="checkbox"/> ถุงใส่กากตะกอน 400 กรัม<br><input type="checkbox"/> ถุงใส่กากตะกอน 100 กรัม<br><input type="checkbox"/> ขวดแก้วสีชาฝาเกลียว 40 มล.<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) .....                             | <input type="checkbox"/> ไม่แช่เย็น<br><input type="checkbox"/> แช่เย็น.....°C<br><b>ระยะเวลานับตั้งแต่เก็บตัวอย่าง</b><br><input type="checkbox"/> ไม่แช่เย็น<br><input type="checkbox"/> ภายใน 1 ชม.<br><input type="checkbox"/> เกิน 1 ชม.<br><input type="checkbox"/> แช่เย็น<br><input type="checkbox"/> ภายใน 24 ชม.<br><input type="checkbox"/> เกิน 24 ชม.   |
| สภาพตัวอย่างขณะรับ <input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม สาเหตุ .....  | ผู้รับตัวอย่าง.....<br>เวลา .....  |
| ทบทวนคำขอรับบริการ  | ข้อมูลการชำระเงิน  |
| <input type="checkbox"/> สามารถให้บริการได้<br><input type="checkbox"/> ไม่สามารถให้บริการได้ .....   | ชำระค่าบริการในวันที่รับภาชนะเรียบร้อยแล้ว<br>โดย <input type="radio"/> เงินสด <input type="radio"/> โอนเงิน จำนวนเงิน.....บาท<br>ผู้รับเงิน ..... วันที่ .....  |
| การเปลี่ยนแปลงคำขอรับบริการ/ข้อตกลง (ระบุรายละเอียด) .....  |  |
| .....ได้มีการแจ้งผู้ขอรับบริการ วันที่ .....  |  |
| แจ้งเจ้าหน้าที่ทดสอบ วันที่ .....   | ลงชื่อ .....   |