ศูนย์วินิจฉัยโรคเขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
The Tropical Medicine Diagnosis Centre, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University
โทร. 0 2354-9100-04 Ext. 2052-4, 9136 โทรสาร 0 2354-9100-04 Ext. 2052

แบบฟอร์มการขอรับบริการตรวจวิเคราะห์โลหะหนักจากตัวอย่างเลือด

วันที่: .....

ชื่อผู้ใช้ขอบริการ : .....

โทรศัพท์ : ..... โทรสาร : ..... Email address: .....

ใบเสร็จออกในนาม : .....

ที่อยู่ : .....

ประวัติการติดเชื้อของสิ่งส่งตรวจ ( ) ไม่มี ( ) มี คือ.....

ถ้ามี ได้ทำการ Inactivate เชื้อดังกล่าวด้วยวิธี.....

และผ่านมาการตรวจสอบเชื้อดังกล่าว ( ) ไม่พบเชื้อ ( ) ยังมีเชื้ออยู่บ้าง ( ) ไม่ได้ตรวจสอบซ้ำ

จำนวนตัวอย่าง : ..... ตัวอย่าง ( ) ไม่รับตัวอย่างคืน ( ) รับคืนในวันรับผลวิเคราะห์

ลำดับที่	ชื่อตัวอย่าง	ลักษณะตัวอย่าง	ปริมาตร (ml)	ภาชนะบรรจุ	ธาตุที่ต้องการทดสอบ	การเก็บรักษา

การเก็บรักษา : **A** = ตู้เย็น 4°C, **B** = ตู้เย็น -20 °C, **C** = อุณหภูมิห้อง, **D** = อื่นๆ (ระบุ).....

รายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) .....

.....

ลงชื่อ .....ผู้ส่งตัวอย่าง ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....ผู้รับผลวิเคราะห์

...../...../..... ...../...../.....

ลงชื่อ .....เจ้าหน้าที่ผู้รับตัวอย่าง

สำหรับเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ วันที่รายงานผล ..... วันที่รับผลวิเคราะห์ .....

ค่าบริการวิเคราะห์ ..... บาท (.....)

ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่ ..... เลขที่ ..... ลงวันที่ ...../...../.....

ชำระโดย ☐ เงินสด ☐ เช็ค เลขที่ ..... ลงวันที่ .....

ธนาคาร ..... สาขา .....