



วว.

ฝ่ายวิทยาศาสตร์ชีวภาพ

เลขที่ขอรับบริการ S _____ / _____

เลขที่ใบแจ้งเก็บเงิน _____

เลขที่ใบเสร็จรับเงิน _____

คำขอบริการสายพันธุ์จุลินทรีย์
(Supply of Microbial Cultures)

วันที่ (Date) _____ เดือน (Month) _____ พ.ศ. (Year) _____

ผู้ขอรับบริการ (Name) _____

ในนาม (Name in receipt) _____ ตำแหน่ง (Position) _____

หน่วยงาน (Institute) รัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ (Government) เอกชน (Private) มหาวิทยาลัย (University, Institute)

โรงเรียน (School) ภายใน วว. (In house, TISTR) อื่น ๆ (Others) ระบุ _____

ชื่อหน่วยงาน (Name of Institute) _____

ที่อยู่หน่วยงาน (Address) เลขที่ (No.) _____ หมู่ (Moo) _____ ซอย (Soi) _____ ถนน (Road) _____

ตำบล/แขวง (District) _____ อำเภอ/เขต (Amphoe) _____ จังหวัด (Province) _____

รหัสไปรษณีย์ (Postal code) _____ โทรศัพท์ (Telephone) _____ ต่อ _____

โทรศัพท์มือถือ _____ โทรสาร (Fax) _____ E-mail _____

วัตถุประสงค์ (Purpose)

งานวิจัย (Research) โครงการ (Topic) ระบุ: _____

ประกอบการเรียน การสอน (Education) ทดสอบ/ตรวจสอบ (Testing) _____ method _____

อื่น ๆ ระบุ (Other, please specify): _____

ลำดับที่ No.	TISTR No.	ชื่อจุลินทรีย์ Name of Microorganism	จำนวน Ampoule	Staff only* (Date of Lyophilization)

(_____)

ผู้ขอรับบริการ
(Client's Signature)

(_____)

ผู้รับคำขอรับบริการ
(Staff)

กำหนดวันที่รับ วัน/เดือน/ปี _____

การแก้ไขเปลี่ยนแปลง ระบุ: _____
โดย _____ วัน/เดือน/ปี _____

ส่งมอบสายพันธุ์จุลินทรีย์เมื่อวันที่ _____ โดย _____

ใบตอบรับบริการสายพันธุ์จุลินทรีย์ เลขที่ขอรับบริการ S _____ / _____

สายพันธุ์จุลินทรีย์ที่ขอรับบริการ _____

ค่าบริการรวมภาษีมูลค่าเพิ่ม _____ % คิดเป็นเงิน _____ บาท

โปรดติดต่อ _____ โทรศัพท์ _____ กำหนดวันที่รับ _____

หมายเหตุ กรุณาเก็บส่วนนี้ไว้เพื่อนำมาเป็นหลักฐานในการรับสายพันธุ์จุลินทรีย์