



คำขอรับบริการเลขที่...../.....

ศูนย์เชี่ยวชาญนวัตกรรมเกษตรสร้างสรรค์

คำขอรับบริการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์เชี่ยวชาญนวัตกรรมเกษตรสร้างสรรค์

ข้าพเจ้า.....ในนาม.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ติดต่อ เลขที่..... หมู่..... ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

มีความประสงค์ขอรับบริการวิเคราะห์/ทดสอบตัวอย่าง ก. ดิน ข. น้ำ ค. ปุ๋ย ง. พืช จ. อื่นๆ

ดังรายการต่อไปนี้

ชื่อและรหัสตัวอย่าง	จำนวน	รายการที่ขอรับบริการ (โปรดระบุ)				
		<input type="checkbox"/> ดึงกะสี	<input type="checkbox"/> ทองแดง	<input type="checkbox"/> โครเมียม	<input type="checkbox"/> ตะกั่ว	<input type="checkbox"/> สารหนู
		<input type="checkbox"/> แคดเมียม	<input type="checkbox"/> แมงกานีส	<input type="checkbox"/> OM	<input type="checkbox"/> EC	<input type="checkbox"/> Avail. P
		<input type="checkbox"/> Exchange. K	<input type="checkbox"/> Exchange. Ca	<input type="checkbox"/> Exchange. Mg	<input type="checkbox"/> Exchange. Na	<input type="checkbox"/> %BS
		<input type="checkbox"/> CEC	<input type="checkbox"/> pH	<input type="checkbox"/> Extract. Fe	<input type="checkbox"/> Extract. Cu	<input type="checkbox"/> Extract. Mn
		<input type="checkbox"/> Extract. Zn	<input type="checkbox"/> ขนาดปุ๋ย	<input type="checkbox"/> ความชื้น	<input type="checkbox"/> หิน/กรวด/ทราย	<input type="checkbox"/> สิ่งปลอมปนอื่น
		<input type="checkbox"/> Total N	<input type="checkbox"/> P ₂ O ₅	<input type="checkbox"/> K ₂ O	<input type="checkbox"/> C/N ratio	<input type="checkbox"/> ย่อยสลายสมบูรณ์
		<input type="checkbox"/> โซเดียม	<input type="checkbox"/> จุลินทรีย์ทั้งหมด	<input type="checkbox"/> แบคทีเรียแลคติก	<input type="checkbox"/> บาซิลลัส	<input type="checkbox"/> N ₂ -fixers
		<input type="checkbox"/> Fluorescent pseudomonads	<input type="checkbox"/> อื่นๆ			

 รายงานผลเป็นภาษาไทยฉบับ รายงานผลเป็นภาษาอังกฤษฉบับ ไม่ขอรับรายงานผล ขอรับคืนตัวอย่างที่นำมาขอบริการภายใน 30 วัน หลังจากรับรายงานผล ไม่ขอรับคืนตัวอย่างที่นำมาขอบริการ ยินยอมให้รับเหมาช่วงการทดสอบกับ..... ไม่ยินยอมให้รับเหมาช่วงการทดสอบ มีเอกสารเพิ่มเติมแนบท้าย

ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าบริการ ตามระเบียบของ วว.

ลงชื่อผู้ขอรับบริการ.....

()

สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น

สภาพตัวอย่าง

 สภาพปกติ..... อื่นๆ (โปรดระบุ).....

.....

กำหนดงานเสร็จโดยประมาณ.....

ค่าบริการ โดยประมาณ..... บาท

ลงชื่อ.....

()

ผู้รับงาน

หมายเหตุ : รายละเอียดเพิ่มเติม โปรดบันทึกด้านหลังของแบบฟอร์มนี้

แก้ไขครั้งที่ : 3

แบบฟอร์มประกาศใช้วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2560

FM-IAG-WI-02-02

(Uncontrolled if Printed)