คณะวิทยาศาสตร์
FACULTY OF SCIENCE
Chulalongkorn University

งานวิจัยและบริการวิชาการ (บริการวิชาการ) คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 02 218 5037 โทรสาร 02-2185347

แบบฟอร์มขอรับบริการวิเคราะห์และทดสอบ

เลขที่ .....

วันที่ .....

ชื่อ-นามสกุล (ผู้มาติดต่อ).....

ที่อยู่ (ผู้มาติดต่อ) .....

.....

โทรศัพท์.....**สังกัด** ☐ ราชการ ☐ เอกชน / รัฐวิสาหกิจ / หน่วยงานอื่นๆ

ต้องการใบออกใบเสร็จรับเงินในนาม

ชื่อที่อยู่ออกใบเสร็จ.....

.....

.....

โทรศัพท์.....**อีเมล์**.....

รายละเอียดการขอรับบริการ

ต้องการส่งตัวอย่างที่ภาควิชา.....

เพื่อทดสอบหา .....

.....

ด้วยเทคนิค/เครื่องมือ .....

จำนวนตัวอย่าง .....**ราคาตัวอย่างละ**.....บาท

การรับผลวิเคราะห์ ☐ มารับผลวิเคราะห์ด้วยตนเอง ☐ จัดส่งทางไปรษณีย์

ลงชื่อ ..... **ผู้รับเรื่อง**
(.....)

ลงชื่อ ..... **ผู้ติดต่อขอรับบริการ**
(.....)

สำหรับนักวิทยาศาสตร์ (กรุณากรอกให้ครบถ้วน)

เจ้าหน้าที่ผู้วิเคราะห์และทดสอบ_____**โทร.**_____

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ (บริการวิชาการ)
คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาฯ ตึกเคมี 2 ห้อง 212
โทร.02-2185037

****กรุณากรอกข้อความด้วยลายมือที่อ่านออก**