



CALIBRATION REQUEST (ใบขอรับบริการสอบเทียบ)

บริษัท ห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด เลขที่ 50 ถ.พหลโยธิน แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900 Tel.02 940 5993 ext 214, 262 , 217 Fax. 02 579 4877

เลขที่ใบคำขอ(CAHO) _____
วันที่ _____ / _____ / _____
แผ่นที่ _____ / _____

ชื่อลูกค้า(สำหรับเปิดใบแจ้งหนี้/ใบกำกับภาษี)

ที่อยู่ (สำหรับเปิดใบแจ้งหนี้/ใบกำกับภาษี)

ชื่อลูกค้าสำหรับออกใบรับรองผล (English Certificate)

ที่อยู่สำหรับออกใบรับรองผล (English Certificate)

ชื่อผู้ติดต่อ โทร. มือถือ Fax. E-Mail :

การรับเครื่องมือคืนใบรายงานผล มารับด้วยตนเอง ส่งทางไปรษณีย์ รถพัสดุ รถไฟ จนท.สาขา

สำหรับเจ้าหน้าที่แผนกสอบเทียบ

ลำดับ No.	ประเภทเครื่องมือ (Instrument Type)	หมายเลขเครื่อง (Serial No.)	รุ่น (Model)	ยี่ห้อ (Manufacture)	หมายเลขเครื่อง (Instrument ID)	EID Number (ในกรณีลูกค้าเก่า)	สถานที่ตั้ง (Location)	จุดสอบเทียบ (Calibration point)	เกณฑ์ยอมรับ (Permissible error)	วันที่ต้องการสอบเทียบ	วันที่ In Lab	วันที่ On Site	วันนัดรับผล	หมายเหตุ

สภาพเครื่อง ไม่ปกติ _____

หมายเหตุ/Note: _____

วิธีการสอบเทียบ/Calibration method : วิธีของห้องปฏิบัติการ วิธีการมาตรฐาน (โปรดระบุ) _____

ยินยอมให้ทำการปรับแต่งเครื่องมือในกรณีที่เครื่องมือปรับแต่งได้ (Allow to adjust instrument if it possible)

หมายเหตุ/Note: _____

ลงชื่อ ผู้ขอใช้บริการ ()
ลงชื่อ ผู้รับคำขอ ()

วันที่ / / วันที่ / /

ส่วนทบทวนคำขอรับบริการ(สำหรับเจ้าหน้าที่ CLT Staff)

สามารถให้บริการได้ทั้งหมด ไม่สามารถให้บริการได้
 สามารถให้บริการได้บางส่วน ตามรายละเอียดด้านบน ส่งสอบเทียบภายนอก

ลงชื่อ..... ผู้ทบทวน ()
วันที่..... / /