



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)

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

ชื่อลูกค้าสำหรับออกใบรับรองผล (English Certificate)

ที่อยู่สำหรับออกใบรับรองผล (English Certificate)

ชื่อผู้ติดต่อ

โทร.

มือถือ

Fax.

E-Mail :

การรับเครื่องมือคืน/ใบรายงานผล มารับด้วยตนเอง ส่งทางไปรษณีย์ รถทัวร์ รถไฟ จนท.สาขา

วันที่ลูกค้าต้องการขอทำการสอบเทียบ : _____

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสอบเทียบ

ลำดับ No.	ประเภทเครื่องมือ (Instrument Type)	Serial No.	รุ่น (Model)	ยี่ห้อ (Manufacture)	หมายเลขเครื่อง (Instrument ID)	EID Number (ในกรณีลูกค้าเก่า)	สถานที่ตั้ง (Location)	จุดสอบเทียบ (Calibration point)	เกณฑ์ยอมรับ (Permissible error)	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...../...../.....