

APPLICATION REQUEST FORM / ใบนำส่งตัวอย่าง

Company Name in Report / ชื่อบริษัท : _____

Contract Name : _____ Tel: _____ Fax : _____ E.mail: _____

Address : _____

Bill to Company/ชื่อบริษัทในใบแจ้งหนี้ : _____

Address : _____

Quote ID/ ใบเสนอราคาเลขที่ : ALS(BKK/MK) _____

No.	Sample Description (รายละเอียดตัวอย่าง)	Sample Type*					จำนวน บรรจุ	Test Items (รายการทดสอบ)	Testing Uni (หน่วย)	สำหรับเจ้าหน้าที่		
		W	WW	DW	FD	OT				Sample ID. รหัสตัวอย่าง	Sample Condition	
											Normal	Defect

Remark : _____

PLEASE SPECIFY USING THE INFORMATION BELOW (โปรดระบุข้อมูลในช่องว่างด้านล่างนี้)

1. Sample Condition : (สภาวะตัวอย่าง)	<input type="checkbox"/> Chilled (สภาวะแช่เย็น)	<input type="checkbox"/> Frozen (สภาวะแช่แข็ง)	<input type="checkbox"/> Room temperature (อุณหภูมิห้อง)
2. Services Required : (หัวข้อบริการที่ต้องการ)	<input type="checkbox"/> Regular service	<input type="checkbox"/> Express service (3 working days. : 100% survice charge)	
3. Report Form : (การแสดงผลรายงานผลวิเคราะห์)	<input type="checkbox"/> Show LOD/LOQ (แสดงค่า LOD/LOQ)	<input type="checkbox"/> Show standard value (แสดงค่ามาตรฐานบนใบรายงานผล)	
4. Report Detail (รายละเอียดรายงานผลวิเคราะห์)	<input type="checkbox"/> Thai (ภาษาไทย)	<input type="checkbox"/> English (ภาษาอังกฤษ)	
5. Test Method (วิธีวิเคราะห์)	<input type="checkbox"/> Standard Method (วิธีมาตรฐาน)	<input type="checkbox"/> Costumer Method (วิธีของลูกค้า)	<input type="checkbox"/> Other _____ (อื่นๆ โปรดระบุ)
6. Sent Report by : (จัดส่งผลทดสอบทาง)	<input type="checkbox"/> Fax (โทรสาร/แฟกซ์)	<input type="checkbox"/> Email (อีเมลที่ระบุไว้ด้านบน)	<input type="checkbox"/> Receive by client (ลูกค้ามารับเอง)
7. Original Report send to : (จัดส่งใบรายงานฉบับจริงถึง)	<input type="checkbox"/> Application address (ที่อยู่ตามใบรายงาน)	<input type="checkbox"/> Bill to address (ที่อยู่ตามใบแจ้งหนี้)	<input type="checkbox"/> Other _____ (อื่นๆ โปรดระบุ)
8. Sample after tested : (ตัวอย่างส่วนที่เหลือจากการทดสอบ)	<input type="checkbox"/> Return sample (ขอตัวอย่างคืน)	<input type="checkbox"/> Dispose of sample (ทำลายตัวอย่างทิ้ง)	<input type="checkbox"/> Return container only (คืนเฉพาะภาชนะบรรจุ)

Submitted by _____	Date _____	Received by _____	Date _____
ลงชื่อผู้ส่งตัวอย่าง _____	วันที่ส่ง _____	ลงชื่อผู้รับตัวอย่าง _____	วันที่รับ _____

611/277-279 ซ. รัตจันทร์ใน ถ.เจริญกรุง แขวงบางโคล่ เขตบางคอแหลม กทม. 10120 โทร.(02)292-1645,292-1648,689-8652 แฟกซ์ (02) 292-1646, 689-8652