



ใบขอรับบริการตรวจวิเคราะห์ฟลูออไรด์
ภาควิชาชีวเคมี คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถ.อังรีตุนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์ 02-218-8677, 02-218-8670

ชื่อ..... นามสกุล.....
บริษัท/หน่วยงาน
ที่อยู่
จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....
หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขโทรสาร Email

ตัวอย่าง จำนวนตัวอย่างและปริมาณที่ส่งมอบ

- น้ำ จำนวน.....ตัวอย่าง ปริมาณตัวอย่างละ (มิลลิลิตร/กรัม)
- น้ำยา จำนวน.....ตัวอย่าง ปริมาณตัวอย่างละ (มิลลิลิตร/กรัม)
- ยาสีฟัน จำนวน.....ตัวอย่าง ปริมาณตัวอย่างละ (มิลลิลิตร/กรัม)
- อื่น ๆ (โปรดระบุ).....จำนวน.....ตัวอย่าง ปริมาณตัวอย่างละ (มิลลิลิตร/กรัม)

การรับรายงานผลการให้บริการ

- มารับรายงานเอง
- ไม่สามารถมารับรายงานเอง โดยขอให้ส่งรายงานไปที่
 - ตามที่อยู่ข้างบน
 - หมายเลขโทรสาร
 - Email
 - หมายเลขโทรศัพท์

การรับตัวอย่างคืน หากมีตัวอย่างเหลือ มอบให้ภาควิชา ต้องการรับคืนด้วยตนเอง

การชำระเงิน

- เงินสด
- เช็คธนาคาร สั่งจ่ายคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน.....บาท
()
- โอนเงิน: บัญชีชื่อ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ธนาคารกสิกรไทย สาขาสยามสแควร์, บัญชีเลขที่ 026-2-70085-2 ส่งหลักฐานมาที่ 32 finfdcu@gmail.com ระบุด้วยว่าเป็นค่าวิเคราะห์ฟลูออไรด์ โทร 02-2188642 จำนวน..... บาท ()

<p>ส่วนของเจ้าหน้าที่ภาควิชา</p> <p>ค่าบริการ.....บาท (.....) ลงนามเจ้าหน้าที่..... วันที่/...../.....</p>

<p>ส่วนของเจ้าหน้าที่การเงิน</p> <p>ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่..... ลงนามเจ้าหน้าที่..... วันที่/...../.....</p>
--

อัตราค่าบริการ: น้ำ / น้ำยาต่างๆ โดยวิธีปกติ ตัวอย่างละ 200 บาท

ยาสีฟันโดยวิธี Non-Diffusion ตัวอย่างละ 1,700 บาท, ส่งตัวอย่าง / สอบถาม: คุณมาลี แซ่ก้วย /
คุณสุภมาส แก้วกระแสนิช ภาควิชาชีวเคมี คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ถ.อังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กทม. 10330
โทรฯ 02-218-8677-78 Email: sirasin111@gmail.com หรือ Supamas.K@Chula.ac.th โทรสาร 02-218-
8670,