

วันที่.....

เรื่อง ขอให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์

เรียน ผู้อำนวยการสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์

ข้าพเจ้า.....มีความประสงค์จะขอให้สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ส่งนักฟิสิกส์รังสี

เข้าทำการตรวจสอบมาตรฐานเครื่องเอกซเรย์ ณ

ที่อยู่

วันเปิดทำการ.....เวลาเปิด-ปิด.....น. วันหยุดทำการ.....

บุคคลที่สามารถติดต่อประสานงานได้ เบอร์โทร

ด้วยวิธีการตรวจตามมาตรฐานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ขอตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์ กรณีทั่วไป (ชำระค่าบำรุงการตรวจในอัตราปกติ)

ขอตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์ กรณีเร่งด่วน (Fast-Track)

ทั้งนี้ข้าพเจ้า (ลงชื่อ).....ยินดีชำระค่าบำรุงการตรวจในอัตราสองเท่าของอัตราปกติ (เฉพาะกรณีเร่งด่วน)

จำนวน.....เครื่อง มีรายการดังต่อไปนี้

ลำดับที่	ยี่ห้อเครื่อง	รุ่นเครื่อง	หมายเลขเครื่อง	Max (kV)	Max (mA or mAs)	ชนิดเครื่อง
1						
2						
3						
4						
5						

โดยข้าพเจ้ายินดีชำระค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์ตาม ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ พ.ศ. 2562 หากการตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์ได้ดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์แล้ว และเกิดความเสียหายจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้บริการ
()

ตำแหน่ง.....


หมายเหตุ โปรดแสดงแผนผังที่ตั้งโดยย่อ (ด้านหลัง)

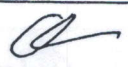
ผู้จัดทำ / ผู้แก้ไข *วิรัช ดิษฐ์วัฒน์*
(นายวิรัช ดิษฐ์วัฒน์)


ผู้รับรอง *นางอนงค์ สิงการวงษ์*
(นางอนงค์ สิงการวงษ์)

ผู้อนุมัติใช้ *นายศิริ ศรีมโนรถ*
(นายศิริ ศรีมโนรถ)

แผนผังที่ตั้งโดยย่อ

ผู้จัดทำ / ผู้แก้ไข 
(นายวีรชัย ดิสุวรรณ)

ผู้รับรอง 
(นางอนงค์ สิงกางงไชย์)

ผู้อนุมัติใช้ 
(นายศิริ ศรีมโนรถ)