



ห้องปฏิบัติการรังสีรักษา
สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์

Bureau of Radiation and Medical Devices, Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health
88/7 Tiwanond Rd., Nonthaburi 11000, Thailand. Tel. (662)951000-9 Ext.99642, Fax. (662)9511027

แบบตอบรับการบริการตรวจวัดปริมาณรังสีจากเครื่องรังสีรักษา

เลขที่

สถานที่.....

จังหวัด..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์

ตามที่สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์แจ้งว่าจะมาตรวจวัดปริมาณรังสีจากเครื่องรังสีรักษา และคิดค่าบริการตรวจวัดปริมาณรังสีจากเครื่องรังสีรักษา ดังนี้

- | | | | |
|---|--------------------|-------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 1.เครื่องเร่งอนุภาคโฟตอนอย่างเดียว วิธีวิเคราะห์ IAEA TRS 398 | 7,000 บาท/เครื่อง | จำนวน | เครื่อง |
| <input type="checkbox"/> 2.เครื่องเร่งอนุภาคโฟตอนและอิเล็กตรอน วิธีวิเคราะห์ IAEA TRS 398 | 15,000 บาท/เครื่อง | จำนวน | เครื่อง |
| <input type="checkbox"/> 3.เครื่องใส่แร่ วิธีวิเคราะห์ IAEA TECDOC 1274 | 3,000 บาท/เครื่อง | จำนวน | เครื่อง |
| <input type="checkbox"/> 4.เครื่องโคบอลต์-60 วิธีวิเคราะห์ IAEA TRS 398 | 5,000 บาท/เครื่อง | จำนวน | เครื่อง |
| <input type="checkbox"/> 5.เครื่องเอกซเรย์รักษา วิธีวิเคราะห์ IAEA TRS 398 | 6,000 บาท/เครื่อง | จำนวน | เครื่อง |
| <input type="checkbox"/> 6.ตรวจสอบความปลอดภัยจากรังสีของห้องรังสีรักษา | 2,000 บาท/ห้อง | จำนวน | เครื่อง |
| <input type="checkbox"/> 7.อื่น ๆ ระบุ | บาท/เครื่อง | จำนวน | เครื่อง |

ในการนี้มีความประสงค์

- รับบริการตรวจวัดปริมาณรังสีจากเครื่องรังสีรักษา
 ไม่ขอรับบริการตรวจวัดปริมาณรังสีจากเครื่องรังสีรักษา

ลงชื่อ

()

ตำแหน่ง

วันที่

ชื่อเจ้าหน้าที่ที่ติดต่อได้สะดวก..... โทร.....

** หมายเหตุ : โปรดระบุช่วงเวลาที่ต้องการรับบริการ เดือน พ.ศ.

ผู้จัดทำ/ผู้แก้ไข.....

(นางสาวธัญปวีณ์ ชิมพวงศ์)

ผู้รับรอง.....

(นายฉลอง ธรรมสุขวงศ์)

ผู้อนุมัติใช้.....

(นายศิริ ศรีมันโรถ)