



ส่วนราชการ / หน่วยงาน.....
ที่วันที่.....

กลุ่มบริหารจัดการห้องปฏิบัติการ
เลขที่รับ.....
วันที่.....

DLD Sample No.

เรื่อง ขอส่งตัวอย่างทดสอบเชื้อจุลินทรีย์และยาปฏิชีวนะ/ยาต้านจุลชีพ¹

เรียน ผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบคุณภาพสินค้าปศุสัตว์

ด้วยข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอส่งตัวอย่าง ตามกิจกรรม รับรองส่งออก ตัวอย่างเฝ้าระวังการปนเปื้อน ตรวจสอบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา VRE จากฟาร์มส่งออก สุ่มเปรียบเทียบผล อื่นๆ

ของบริษัท..... EST/VCNที่อยู่.....

เพื่อดำเนินการทดสอบ ตามรายละเอียด ดังนี้

ชนิดตัวอย่าง	จำนวน	ชนิดตัวอย่าง	จำนวน	วิธีทดสอบ	บุคคลที่ติดต่อได้สะดวก (ระบุชื่อ/ตำแหน่ง/โทรศัพท์/e-mail address) (ถ้ามี)
<input type="checkbox"/> อาหารดิบ		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> Non pasteurized		<input type="checkbox"/> ตามที่ห้องปฏิบัติการจัดให้ <input type="checkbox"/> ตามวิธีที่ผู้ขอแจ้ง..... <input type="checkbox"/> ตามมาตรฐาน (โปรดระบุ).....	บุคคลที่ติดต่อได้สะดวก (ระบุชื่อ/ตำแหน่ง/โทรศัพท์/e-mail address) (ถ้ามี)
<input type="checkbox"/> ไข่ <input type="checkbox"/> เป็ด <input type="checkbox"/> สุกร <input type="checkbox"/> โค <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....		<input type="checkbox"/> pasteurized			
<input type="checkbox"/> อาหารสุก		<input type="checkbox"/> Powdered egg (ไข่ผง)			
<input type="checkbox"/> Heat -Treated meat products and reheat after packing		<input type="checkbox"/> ตัวอย่างทดสอบ VRE			ออกรายงานเป็นภาษา ² <input type="checkbox"/> ภาษาไทย <input type="checkbox"/> ภาษาอังกฤษ ³ จำนวนสำเนา.....ฉบับ
<input type="checkbox"/> Heat -Treated meat products		<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....		สภาพตัวอย่าง ⁵ <input type="checkbox"/> แช่แข็ง <input type="checkbox"/> แช่เย็น <input type="checkbox"/> อุณหภูมิห้อง ส่งประเทศ	การรับรายงานผลทดสอบ ⁴ <input type="checkbox"/> ขอรับด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> มอบหมายให้
<input type="checkbox"/> Cooked meat with non-heat coating		<input type="checkbox"/> กลุ่ม A monitor		น้ำหนัก/ตัวอย่างประมาณ.....กรัม/ต.ย.
<input type="checkbox"/> อาหารกระป๋องสำหรับสัตว์ <input type="checkbox"/> อาหารกระป๋องสำหรับคน		<input type="checkbox"/> น้ำ ตย. / น้ำแข็ง ตย.		
<input type="checkbox"/> อาหารขบเคี้ยวสำหรับสุนัข		<input type="checkbox"/> กลุ่ม B		
<input type="checkbox"/> น้ำล้างซากไก่ <input type="checkbox"/> น้ำล้างซากเป็ด		<input type="checkbox"/> น้ำ ตย. / น้ำแข็ง ตย.		เป็นผู้รับรายงาน

รายละเอียดตัวอย่างดังเอกสารแนบท้าย จำนวนหน้า

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ		ได้ตรวจสอบเอกสารถูกต้องแล้ว	ได้ชำระค่าตรวจเรียบร้อยแล้ว	ผู้พิมพ์รายงาน	ผู้ตรวจรายงาน
ลงชื่อ	ลงชื่อ	ลงชื่อ.....	เป็นเงิน.....	ลงชื่อ	ลงชื่อ
(.....)	(.....)	(.....)	เลขที่ใบเสร็จ.....	(.....)	(.....)
เจ้าหน้าที่ภาครัฐประจำโรงงาน	เจ้าหน้าที่รับผิดชอบตัวอย่างประจำโรงงาน	เจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง	ลงชื่อ.....	จนท.กลุ่มสารสนเทศฯ	จนท.กลุ่มสารสนเทศฯ
โทรศัพท์.....	โทรศัพท์.....	เวลา	(.....)	เวลา.....	เวลา.....
ลงชื่อ	ผู้ส่งตัวอย่าง (ตัวบรรจง) เวลา..... วันที่.....	วันที่.....	เวลา..... วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....

หมายเหตุ 1.กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง 2. กรุณาเลือกภาษาที่ใช้ในการออกรายงานผล 3. ในกิจกรรมตรวจรับรองส่งออกและตัวอย่างเฝ้าระวังปนเปื้อน ถ้าต้องการรายงานผลทดสอบเป็นภาษาอังกฤษ กรุณากรอกรายละเอียดต่างๆเป็นภาษาอังกฤษ 4. รับรายงานผลทดสอบได้ที่กลุ่มสารสนเทศและข้อมูล

โทร. 0-2967-9700 ต่อ 1206-1207 5. ถึงบรรจตัวอย่างจะต้องถือคอกุญแจและเปิดที่สตส.เท่านั้น เปิดรับตัวอย่างเวลา 08.30-12.00 น. กรณีส่งตัวอย่างหลังเวลา 12.00 น. จะทำการทดสอบตัวอย่างในวันถัดไป และนำใบเสร็จรับเงินมาแสดงเพื่อรับใบกำกับภาษีก่อนเวลา 14.00 น.ในวันเดียวกัน

เอกสารแนบท้ายแบบคำขอส่งตัวอย่างทดสอบเชื้อจุลินทรีย์และยาปฏิชีวนะ/ยาต้านจุลชีพ

ในรายการทดสอบ

เลขที่รับ.....วันที่.....

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Aerobic Plate Count | <input type="checkbox"/> 2. Coliform | <input type="checkbox"/> 3. <i>E. Coli</i> | <input type="checkbox"/> 4. <i>Enterococci</i> sp. | <input type="checkbox"/> 5. <i>S. aureus</i> |
| <input type="checkbox"/> 6. <i>Salmonella</i> spp. | <input type="checkbox"/> 7. Yeasts & Molds | <input type="checkbox"/> 8. <i>C. perfringens</i> | <input type="checkbox"/> 9. <i>Listeria monocytogenes</i> | <input type="checkbox"/> 10. <i>C. jejuni</i> / <i>C. coli</i> |
| <input type="checkbox"/> 11. Enterobacteriaceae | <input type="checkbox"/> 12. <i>E. coli</i> O157 : H7 | <input type="checkbox"/> 13. S. enterotoxin | <input type="checkbox"/> 14. VRE | <input type="checkbox"/> 15. น้ำ/น้ำแข็งกลุ่ม A monitor |
| <input type="checkbox"/> 16. น้ำ/น้ำแข็งกลุ่ม B | <input type="checkbox"/> 17. จำแนกชนิดเนื้อสัตว์ | <input type="checkbox"/> 18. คุณภาพด้านจุลชีววิทยา | <input type="checkbox"/> 19. Microbiological Assay | <input type="checkbox"/> 20. อื่นๆ |

ลำดับที่	รายละเอียดตัวอย่าง*	วันผลิต	Lot No.	Sub.Lot./ Batch No.	สำหรับ จนท.สตส.
					Sample No.

ได้ตรวจสอบสภาพตัวอย่างถูกต้องสามารถดำเนินการได้ จำนวน.....ต.ย.

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง
(.....)

- หมายเหตุ** *กรุณารอกข้อมูลรายละเอียดตัวอย่างด้วยตัวบรรจงให้ครบถ้วน
- ระบุ ชื่อฟาร์ม/โรงฟัก/โรงฆ่า/โรงแปรรูป สำหรับตัวอย่างที่ส่งทดสอบ VRE
 - ระบุ รกคั้นที่/ชื่อฟาร์ม/ทะเบียนฟาร์ม สำหรับตัวอย่างที่ส่งทดสอบกิจกรรมสุ่มเปรียบเทียบผล