

ชื่อผู้ส่ง.....

ที่อยู่.....

.....

.....

## ตัวอย่างส่งตรวจ



ชื่อผู้รับ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

88/7 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง

จ.นนทบุรี 11000



กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์  
DEPARTMENT OF MEDICAL SCIENCES

