



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ที่.....วันที่.....

เรื่อง ขอรับบริการเชื้อจุลินทรีย์

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)
มีความประสงค์ขอรับบริการเชื้อจุลินทรีย์เพื่อใช้ในงานโครงการ.....

โดยมีเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องการใช้ (ระบุรายละเอียด) ดังนี้.....

ลำดับ	ชื่อเชื้อจุลินทรีย์	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	หมายเหตุ

สถานที่ที่จะใช้เชื้อ (ห้องปฏิบัติการ).....

() มารับเชื้อเอง (ระบุล่วงหน้าอย่างน้อย 15 วันทำการ) วันที่.....เวลา.....

() ให้ส่งเชื้อทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ดังนี้.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะใช้เชื้อจุลินทรีย์เพื่องานโครงการดังกล่าวเท่านั้น และมีความพร้อมด้านระบบความปลอดภัยการ
ทำลายเชื้อจุลินทรีย์ในห้องปฏิบัติการ ตามพระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2525

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาแจ้งผู้เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

**ระเบียบการขอรับบริการเชื้อจุลินทรีย์
สำหรับหน่วยงานเอกชน รัฐวิสาหกิจ
และส่วนราชการอื่น ๆ**

1. กรอกรายละเอียดตามแบบฟอร์ม (เอกสารหมายเลข 2)
2. ใส่ชื่อเชื้อจุลินทรีย์ที่ต้องการโดยละเอียด ถ้าเป็นสายพันธุ์มาตรฐานระบุหมายเลขที่ต้องการด้วย
3. กำหนดรับเชื้อล่วงหน้าอย่างน้อย 15 วันทำการ
4. อัตราค่าบริการ

หน่วยงาน	ค่าบริการ ต่อสายพันธุ์	เอกสารแนบ
รัฐวิสาหกิจ, เอกชน	800	1. สำเนาใบอนุญาตผลิตเชื้อและพิษจากสัตว์ ที่ออกโดย สำนักกำกับพระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (โทรศัพท์ 02 951 1296) 2. แบบบันทึกข้อมูลความปลอดภัย สำหรับหน่วยงานที่ รับเชื้อจุลินทรีย์ วัตถุประสงค์ ตัวอย่าง หรือสารชีวภาพ (FS13-00-121/3 แก้ไขครั้งที่ 0 (30 ก.ย. 2556))
หน่วยงานราชการนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	500	1. สำเนาบัญชีจัดแจ้งเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ ที่ออกโดย สำนักกำกับพระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (โทรศัพท์ 0 – 2951-1296) 2. แบบบันทึกข้อมูลความปลอดภัย สำหรับหน่วยงานที่ รับเชื้อจุลินทรีย์ วัตถุประสงค์ ตัวอย่าง หรือสารชีวภาพ (FS13-00-121/3 แก้ไขครั้งที่ 0 (30 ก.ย. 2556))
หน่วยงานสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	200	

5. ส่งแบบฟอร์ม (เอกสารหมายเลข 2) และเอกสารแนบมาที่

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หรือ โทรสาร. 0-2951-0000 ต่อ 99408, 0-2 951-0183

6. การชำระเงิน

- ชำระด้วยตัวเองในวันนัดรับเชื้อจุลินทรีย์ที่

ศูนย์รวมบริการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดนนทบุรี

- ส่งตัวแลกเงินจากธนาคาร (Draft) ส่งจ่ายในนาม

“เงินบำรุง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์”

(ใบเสร็จจะส่งไปพร้อมกับเชื้อจุลินทรีย์ที่ขอชื่อ)

7. ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับเชื้อจุลินทรีย์ที่ได้รับ กรุณาแจ้งที่

ศูนย์เก็บรักษาและรวบรวมสายพันธุ์จุลินทรีย์ทางการแพทย์

ฝ่ายทรัพยากรกลางทางห้องปฏิบัติการ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ถนนติวานนท์

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์/โทรสาร. 0-2951-0000 ต่อ 99408, 0-2951-0183