



แบบฟอร์มยืนยันลายมือชื่อในระบบรับส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ (iLab Plus)
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
Department of Medical Sciences

ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ใช้งาน

เพื่อใช้ประกอบการอนุมัติรายงานผลการทดสอบ (e-Report), หนังสือนำส่งรายงานผลการทดสอบ, ใบเสร็จรับเงิน, ใบแจ้งหนี้ หรือใบแจ้งหนี้ค้างชำระ
ในระบบรับส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ (iLab Plus)

ชื่อ - นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

ชื่อหน่วยงาน.....

ลายเซ็น

หมายเหตุ : ลายเซ็นนี้มีระยะเวลาการใช้งาน 1 ปี นับตั้งแต่การอนุมัติใช้

Name.....Position.....

Department Name.....

Signature

Remark : This signature will be valid for 1 year since approval.

ข้าพเจ้าขอรับรองลายมือชื่อเจ้าหน้าที่นี้ สามารถนำไปใช้กับระบบรับส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ (iLab Plus)
ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เท่านั้น

ลงชื่อหัวหน้าหน่วยงาน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่...../...../.....

***** กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่สมศักดิ์ โทร. 98808 หรืออรอนงค์ โทร. 98811 *****

ส่วนที่ 2 : สำหรับเจ้าหน้าที่ ** (เฉพาะศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร)

ผู้ดำเนินการ	ผู้ตรวจสอบ
วันที่รับ	วันที่
ลงชื่อ	ลงชื่อ
(.....)	(.....)
ตำแหน่ง	ตำแหน่ง
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....

ลงชื่อผู้อนุมัติ

(นายอาคม สาลี)

ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

วันที่...../...../.....

กรุณาแนบบัตรคำขอใช้บริการพร้อมกับบันทึกข้อความ โดยส่งมาที่ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
หรือแนบไฟล์ส่งมาที่ E-mail: somsak.p@dmsc.mail.go.th หรือ arnon.k@dmsc.mail.go.th