



แบบฟอร์มขอใช้บริการทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระและความเป็นพิษต่อเซลล์ของสาร

เลขที่ .....

วันที่รับตัวอย่าง.....

ชื่อผู้ขอรับบริการ : .....

โทรศัพท์ : ..... โทรสาร : ..... E-mail : .....

ใบรายงานผลทดสอบ/ใบเสร็จ ออกในนาม .....

ที่อยู่ : .....

รายงานผลทดสอบ (1 ฉบับ)  ภาษาไทย หรือ  ภาษาอังกฤษ (กรุณากรอกข้อมูลภาษาอังกฤษ)

การรับผลทดสอบ  รับด้วยตนเอง  รับทางไปรษณีย์ (ลงทะเบียน)  รับทาง E-mail

ลักษณะ/ประเภทตัวอย่าง .....จำนวน.....ตัวอย่าง

ภาชนะบรรจุ..... การเก็บรักษา :  ตู้แช่แข็ง -20 C°  ตู้เย็น 4 C°  อุณหภูมิห้อง

ชนิดการทดสอบ  MTT assay จำนวน.....ตัวอย่าง

DPPH free radical scavenging assay จำนวน .....ตัวอย่าง

H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> free radical scavenging assay จำนวน .....ตัวอย่าง

การรับตัวอย่างคืน  ไม่รับตัวอย่างคืน  รับคืนในวันรับผลวิเคราะห์ (ไม่ส่งตัวอย่างคืนทางไปรษณีย์)

รายละเอียดอื่นๆ ถ้ามี.....

**หมายเหตุ:** หากมีข้อโต้แย้ง ผู้ใช้บริการต้องยื่นคำร้องเพื่อขอแก้ไขภายใน 30 วันหลังจากรับผลการทดสอบ

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบรายละเอียดแบบฟอร์มการรับตัวอย่างทดสอบเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และยอมรับให้เป็น

ข้อตกลงระหว่างข้าพเจ้าและภาควิชาเภสัชวิทยา คณะวิทยาศาสตร์

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ.....

ผู้ส่งตัวอย่าง

ผู้รับผลทดสอบ

...../...../.....

...../...../.....

ลงชื่อ .....

ผู้รับตัวอย่าง

...../...../.....