

**แบบคำขอรับบริการ**  
**สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย**

เลขที่คำขอ.....

วัน/เดือน/ปีที่ยื่นคำขอ : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ชื่อผู้ขอรับบริการ : \_\_\_\_\_

หน่วยงาน : \_\_\_\_\_

ที่อยู่ : \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ : \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ (มือถือ) : \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

**ลักษณะของงานบริการ**

- พิพิธภัณฑสถานสมุนไพร       ตรวจวิเคราะห์คุณภาพสมุนไพร  
 ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์  
 อื่นๆ (โปรดระบุ) : \_\_\_\_\_

**เรียน หัวหน้ากลุ่มงานบริการ**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงและขอรับบริการ โดยยินดีชำระค่าใช้จ่ายตามทีระบุไว้ในประกาศอัตราค่าบริการ สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอรับบริการ ( \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ )

ส่วนนี้เฉพาะเจ้าหน้าที่

**เรียน หัวหน้ากลุ่มงานบริการ**

ความเห็นของเจ้าหน้าที่

.....

- ต้องเสียค่าใช้จ่าย  
จำนวนเงิน..... บาท

ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

(ลงชื่อ).....

( )

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

( \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ )

**เรียน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ**

ได้พิจารณาข้อมูลประกอบการขอรับบริการ

เห็นควรให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- อนุมัติตามที่เสนอ  
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ขอข้อมูลเพิ่มเติม คือ

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(นางสาวรสสุคนธ์ กลิ่นหอม)

หัวหน้ากลุ่มงานบริการ

( \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ )