



## แบบฟอร์มคำขอรับบริการตรวจสอบชนิดสมุนไพรตำรับยาแผนไทย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....

เรียน หัวหน้าพิพิธภัณฑ์สมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

( ) สังกัดหน่วยงาน.....เลขที่.....ตำบล/แขวง

.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร

.....

( ) นิสิต/นักศึกษา จากสถาบัน.....เลขที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....

( ) อื่นๆ (โปรดระบุอาชีพ).....เลขที่.....ตำบล/แขวง

.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร

..... มีความประสงค์ขอใช้บริการตรวจสอบชนิดสมุนไพร โดยได้นำตัวอย่างพรรณไม้ (สด/แห้ง/ทั้งต้น) ประกอบด้วย ( ) ช่อใบ ( ) ช่อดอก ( ) ผล ( ) อื่นๆ..... หมายเหตุ

..... จำนวน.....ชิ้น พร้อมนี้ได้จัดรายละเอียดการเก็บตัวอย่าง  
ตามแบบฟอร์มรายละเอียดพรรณไม้ที่แนบมากับตัวอย่าง ทั้งนี้ต้องการทราบชื่อชนิดพันธุ์ไม้เพื่อ

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบชนิดสมุนไพรดังกล่าว

ลงชื่อ.....

(.....)

หมายเหตุ: รับเฉพาะตัวอย่างสมุนไพรที่ใช้ในตำรับยาแผนไทย เท่านั้น

อัตราค่าบริการตรวจสอบชนิดทางพฤกษศาสตร์ 500 บาท/ชนิด

รับตัวอย่างพรรณไม้อ้างอิงงานวิจัย 100 บาท/ชนิด



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เดือน ปี ..... เวลา ..... น.

- ( ) กรณีที่ 1 ตัวอย่างที่นำมามีส่วนประกอบต่างๆ ครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นกลุ่มพืชที่พบได้ทั่วไปใช้เวลา 5 วัน
- ( ) กรณีที่ 2 ตัวอย่างที่นำมามีส่วนประกอบต่างๆ ครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นพืชกลุ่มที่มีการศึกษาทบทวนและตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือ Flora of Thailand แล้ว ใช้เวลา 7-20 วัน
- ( ) กรณีที่ 3 ตัวอย่างพืชที่นำมาให้ตรวจสอบไม่สมบูรณ์หรือเป็นกลุ่มพืชที่อยู่ระหว่างการศึกษาทบทวนใช้เวลามากกว่า 30 วัน หรือแจ้งให้นำตัวอย่างที่มีส่วนต่างๆ ครบถ้วนมาอีกครั้ง
- ( ) กรณีที่ 4 เป็นผู้มีความรู้พื้นฐานด้านพรรณพืชให้แนะนำวิธีการจำแนกชนิดพันธุ์พืชเพื่อค้นคว้าเอง
- ( ) กรณีที่ 5 ตัวอย่างพืชที่ไม่มีการบันทึกการเก็บตัวอย่างไม่รับตรวจสอบชนิดพันธุ์พืช

หมายเหตุ: ( ) ส่งตัวอย่างคืนผู้ยื่นคำขอ ( ) จัดเก็บตัวอย่างเข้าพิพิธภัณฑ์สมุนไพร ( ) ไม่เก็บ

( ) จัดทำตัวอย่างอ้างอิงงานวิจัย (voucher specimens)

ลงนาม.....

### ใบรับผลการตรวจสอบชนิดสมุนไพร

ที่.....กำหนดรับผลการตรวจสอบชนิดสมุนไพร.....

พิพิธภัณฑ์สมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์ 022 243 265 โทรสาร 022 243 265

โปรดนำไปแนบมาด้วยทุกครั้งที่มาติดต่อขอรับผลการตรวจสอบชนิดสมุนไพร

ที่.....กำหนดรับผลการตรวจสอบชนิดสมุนไพร.....

ผู้รับมอบหมาย.....วัน เดือน ปี .....

หมายเหตุ: ( ) ส่งตัวอย่างคืนผู้ยื่นคำขอ ( ) จัดเก็บตัวอย่างเข้าพิพิธภัณฑ์สมุนไพรม ( ) ไม่เก็บ  
( ) จัดทำตัวอย่างอ้างอิงงานวิจัย (voucher specimens)

**ผลการตรวจสอบชนิดสมุนไพรม**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

หมายเหตุ: ก่อนส่งผลการตรวจสอบชนิดสมุนไพรมถ่ายสำเนาเก็บเข้าแฟ้มทุกครั้ง