



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

## แบบฟอร์มคำขอรับบริการตรวจสอบชนิดสมุนไพร

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน หัวหน้าพิพิธภัณฑ์พืช กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

( ) สังกัดหน่วยงาน..... เลขที่.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

โทร.....

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

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

โทร.....

( ) อื่น ๆ (โปรดระบุอาชีพ)..... เลขที่.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

โทร.....

มีความประสงค์ขอใช้บริการตรวจสอบชนิดสมุนไพร โดยได้นำตัวอย่างพรรณไม้ (สด/แห้ง/ทั้งต้น) ประกอบด้วย

( ) ช่อใบ ( ) ช่อดอก ( ) ผล ( ) อื่น ๆ หมายเหตุ..... จำนวน.....ชิ้น

พร้อมได้จัดรายละเอียดการเก็บตัวอย่างตามแบบฟอร์มรายละเอียดพรรณไม้ที่แนบมากับตัวอย่าง ทั้งนี้ต้องการ

ทราบชื่อชนิดพันธุ์ไม้เพื่อ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบชนิดสมุนไพรดังกล่าว

ลงชื่อ.....

(.....)

หมายเหตุ: รับเฉพาะตัวอย่างสมุนไพรที่ใช้ในตำรายาแผนไทย เท่านั้น

อัตราค่าบริการตรวจสอบชนิดทางพฤกษศาสตร์ 500 บาท/ชนิด

รับตัวอย่างพรรณไม้อ้างอิงงานวิจัย 100 บาท/ชนิด



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

พิธีกรรมสมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
ที่..... วัน เดือน ปี..... เวลา.....น.

- ( ) กรณีที่ 1 ตัวอย่างที่นำมามีส่วนประกอบต่าง ๆ ครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นกลุ่มพืชที่พบได้ทั่วไป ใช้เวลา 5 วัน
- ( ) กรณีที่ 2 ตัวอย่างที่นำมามีส่วนประกอบต่าง ๆ ครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นพืชกลุ่มที่มีการศึกษาทบทวน และตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือ Flora of Thailand แลว ใช้เวลา 7 - 20 วัน
- ( ) กรณีที่ 3 ตัวอย่างพืชที่นำมาให้ตรวจสอบไม่สมบูรณ์หรือเป็นกลุ่มพืชที่อยู่ระหว่างการศึกษาทบทวน ใช้เวลา มากกว่า 30 วัน หรือแจ้งให้นำตัวอย่างที่มีส่วนต่าง ๆ ครบถ้วนมาอีกครั้ง
- ( ) กรณีที่ 4 เป็นผู้มีความรู้พื้นฐานด้านพรรณพืชให้แนะนำวิธีการจำแนกชนิดพันธุ์พืชเพื่อค้นคว้าเอง
- ( ) กรณีที่ 5 ตัวอย่างพืชที่ไม่มีการบันทึกการเก็บตัวอย่าง ไม่รับตรวจสอบชนิดพันธุ์พืช

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

ลงนาม .....



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

## ใบรับผลการตรวจสอบชนิดสมุนไพร

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

พิพิธภัณฑสถานสมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์ 022 243 265 โทรสาร 022 243 265

โปรดนำไปแนบมาด้วยทุกครั้งที่มาติดต่อขอรับผลการตรวจสอบชนิดสมุนไพร

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

ผู้รับมอบหมาย ..... วัน เดือน ปี.....

หมายเหตุ: ( ) ส่งตัวอย่างคืนผู้ยื่นคำขอ ( ) จัดเก็บตัวอย่างเข้าพิพิธภัณฑสถานสมุนไพร ( ) ไม่เก็บ

( ) จัดทำตัวอย่างอ้างอิงงานวิจัย (voucher specimens)

## ผลการตรวจสอบชนิดสมุนไพร

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

(นายพนรัตน์ ทูลมาลัย)

นักวิชาการเกษตรชำนาญการ

หัวหน้างานพิพิธภัณฑสถานสมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หมายเหตุ: ก่อนส่งผลการตรวจสอบชนิดสมุนไพรถ่ายสำเนาเก็บเข้าแฟ้มทุกครั้ง