เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการกลุ่มวิเคราะห์สินค้าและของกลาง

ชื่อ – นามสกุล

สังกัดหน่วยงาน / บริษัท

สถานที่ติดต่อ

โทรศัพท์ โทรสาร โทรศัพท์มือถือ

หนังสือ ลงวันที่

วัตถุประสงค์ที่ส่งทดสอบ

ประเภทตัวอย่างที่ส่งทดสอบ □ ผลิตภัณฑ์สุรา □ ผลิตภัณฑ์น้ำมัน □ ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่ม □ อื่นๆ

ค่าความไม่แน่นอนของการทดสอบ □ ต้องการ □ ไม่ต้องการ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อตัวอย่าง | บริษัท / ยี่ห้อ | ปริมาตรภาชนะ | จำนวนภาชนะ | วันที่ผลิต | วันที่หมดอายุ | รหัสตัวอย่าง(เจ้าหน้าที่) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| รวม | ตัวอย่าง | รวม |  |  |