



ห้องปฏิบัติการทดสอบ
บริษัท เทสท์ เทคโนโลยี จำกัด

แบบฟอร์ม

บฟท : 4.4/1

หน้า : 1/1

เรื่อง : แจ้งขีดความสามารถของห้องปฏิบัติการทดสอบ
และการทบทวนข้อตกลงค่าขอบริการ

วันที่ : 13 ส.ค. 62

ชื่อบริษัท/หน่วยงาน..... ชื่อผู้ติดต่อ.....

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 1 การแจ้งขีดความสามารถของห้องปฏิบัติการทดสอบ

พารามิเตอร์ที่ได้รับการรับรอง ความสามารถ	วิธีทดสอบ	ขอบข่ายของการทดสอบ	ปริมาณตัวอย่าง ทดสอบ	ระยะเวลาใน การทดสอบ	อายุของ ตัวอย่าง	ระยะเวลาการได้รับ ใบรายงานผล
TSS #	SMWW 2017 (2540 D)	20 - 2,000 mg/L	≥ 1000 ml	3 - 5 วัน	20 วัน	7 - 10 วัน
TDS #	SMWW 2017 (2540 C)	100 - 4,000 mg/L	≥ 1000 ml	3 - 5 วัน	20 วัน	7 - 10 วัน
TS @	SMWW 2017 (2540 B)	25 - 2,000 mg/L	≥ 1000 ml	3 - 5 วัน	20 วัน	5 - 7 วัน
โลหะ #	In-house method : TE-03	Cu 0.10 - 4.00 mg/L Cd 0.10 - 1.00 mg/L Zn 0.10 - 2.00 mg/L Mn 0.10 - 2.00 mg/L Fe 0.10 - 2.00 mg/L	≥ 500 ml	5 - 7 วัน	20 วัน	7 - 10 วัน
โลหะ (ในน้ำดื่ม) @	In-house method : TE-05	Mn 0.05 - 2.00 mg/L Fe 0.10 - 2.00 mg/L	≥ 250 ml	5 - 7 วัน	20 วัน	7 - 10 วัน
Chloride @	SMWW 2017 (4500-CI B)	10 - 1,000 mg/L	≥ 1000 ml	3 - 5 วัน	20 วัน	5 - 7 วัน
Total Hardness @	SMWW 2017 (2340 C)	10 - 1,000 mg/L	≥ 1000 ml	3 - 5 วัน	20 วัน	5 - 7 วัน
แบคทีเรียทั้งหมด @	SMWW 2017 (9215 B)	CFU/ml	≥ 100 ml	3 - 5 วัน	10 วัน	5 - 7 วัน
Total Coliform Bacteria @	SMWW 2017 (9221 B)	MPN/100 ml	≥ 500 ml	5 - 7 วัน	10 วัน	7 - 10 วัน
E.coli @	SMWW 2017 (9221 F)	MPN/100 ml Found/100 ml Not Found/100 ml	≥ 500 ml	5 - 7 วัน	10 วัน	7 - 10 วัน
Legionella spp. # L.pneumophila #	ISO 11731 : 2017	CFU/L Detected/L Not Detected/L	≥ 1000 ml	10 - 12 วัน	20 วัน	10 - 15 วัน
Staphylococcus aureus #	- SMWW 2017 (9213 B) - In-house method : TE-11	Detected/100 ml Not Detected/100 ml	≥ 500 ml	5 - 7 วัน	10 วัน	7 - 10 วัน
Salmonella spp. #	ISO 19250 : 2010	Detected/100 ml Not Detected/100 ml	≥ 500 ml	5 - 7 วัน	10 วัน	7 - 10 วัน

หมายเหตุ 1. บริษัทฯ มีนโยบายไม่แจ้งเหมาช่วงการทดสอบ

2. ค่าความไม่แน่นอนของการวัดและการระบุเกณฑ์การตัดสินใจ (Decision Rule) จะดำเนินการเมื่อผู้ขอรับบริการร้องขอ

ผลการยอมรับขีดความสามารถ (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓)

ยอมรับ ไม่ยอมรับ.....

ข้อแนะนำเพิ่มเติม (จากลูกค้า)

ลงชื่อ (ผู้ให้ข้อมูล) วันที่.....

ส่วนที่ 2 การทบทวนข้อตกลงค่าขอบริการ (เฉพาะห้องปฏิบัติการทดสอบ)

รายละเอียดการปรึกษาหารือ (กับลูกค้า)

สรุปผล การทบทวนข้อตกลงค่าขอบริการ พิจารณาตอบรับ ปฏิเสธ

ลงชื่อ (ผู้ทบทวนข้อตกลงค่าขอบริการ ; TM)..... วันที่.....

หมายถึง รายการทดสอบที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน ISO/IEC 17025 จากสำนักบริหารและรับรองห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์บริการ

@ หมายถึง รายการทดสอบที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน ISO/IEC 17025 จากสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์