**ลำดับที่ ……………..**

**แบบลงทะเบียนสมาชิก**

**โครงการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2561**

1. **ข้อมูลทั่วไป**

❒ ไม่เคยเป็นสมาชิกโครงการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก คณะเทคนิคการแพทย์ฯ

❒ เคยเป็นสมาชิกปี 2560

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ EQAC เลขที่สมาชิกปี 2560................. | ❑ EQAP เลขที่สมาชิกปี 2560................. |
| ❑ EQAH เลขที่สมาชิกปี 2560................. | ❑ EQAI : Syphilis เลขที่สมาชิกปี 2560................. |
| ❑ EQAT เลขที่สมาชิกปี 2560................. | ❑ EQAI : HBV เลขที่สมาชิกปี 2560................. |
| ❑ EQAM เลขที่สมาชิกปี 2560................. | ❑ EQAB เลขที่สมาชิกปี 2560............ |

ชื่อหน่วยงาน /โรงพยาบาล........................................................................................................................................................................................

ประเภท รพ.❒ ราชการ สังกัด....................................................❒ เอกชน ❒อื่นๆ.................................................................................

ที่อยู่/ที่จัดส่งตัวอย่าง: เลขที่.....................หมู่.....................ตึก.......................................ชั้น...........................................ซอย.........................................

ถนน...................................................................ตำบล....................................................................อำเภอ..................................................................

จังหวัด ................................... รหัสไปรษณีย์...........................โทรศัพท์ ................................................. โทรสาร ...............................................

ชื่อหัวหน้าห้องปฏิบัติการ.........................................................................................เบอร์ติดต่อ..................................................................................

E-mail ห้องปฏิบัติการหรือ E-mail ใช้ติดต่อได้.............................................................................................................................................................

**ชื่อผู้รับผิดชอบของห้องปฏิบัติการในการติดต่อกับโครงการห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **โครงการ** | **ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการ** | **ชื่อห้องปฏิบัติการ** | **เบอร์ติดต่อ / Email** |
| EQAC |  |  |  |
| EQAH |  |  |  |
| EQAT |  |  |  |
| EQAM |  |  |  |
| EQAP |  |  |  |
| EQAI : Syphilis |  |  |  |
| EQAI : HBV |  |  |  |
| EQAB |  |  |  |

**สำหรับเจ้าหน้าที่การเงินคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล**

 C ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่...........................เลขที่............................ P ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่...........................เลขที่............................

 T ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่...........................เลขที่............................ M ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่...........................เลขที่............................

 H ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่...........................เลขที............................ I ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่...........................เลขที่............................

 B ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่...........................เลขที่...........................

**2.สมัครสมาชิก**

## ขอสมัครสมาชิกโครงการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัย มหิดล ประจำปี 2561 โดยมีรายละเอียดดังนี้

## \*\* หมายเหตุ: หากหน่วยงานท่านต้องการตัวอย่างมากกว่า 1 ชุดต่อโครงการแต่คนละส่วนงาน โปรกรอกแบบสมัครสมาชิกแยกคนละชุดสำหรับแต่ละส่วนงาน

##  หากหน่วยงานท่านต้องการตัวอย่างมากกว่า 1 ชุดต่อโครงการสำหรับส่วนงานเดียวกัน โปรดระบุเพียงจำนวนที่ต้องการ\*\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| โครงการ | ราคา (บาท) | ผู้ออกค่าใช้จ่าย(โรงพยาบาล / ชื่อบริษัท) โปรดระบุ | ชื่อผู้ประสานงาน / เบอร์ติดต่อ / E-mail |
| EQAC | 2,500 |  |  |
| EQAH | 2,400 |  |  |
| EQAT | 2,400 |  |  |
| EQAM ครบชุดB-EQAMB-EQAM+รูปU-EQAM | 2,000 |  |  |
| EQAP | 1,000 |  |  |
| EQAI : Syphilis | 2,200 |  |  |
| EQAI : HBV | 2,200 |  |  |
| EQAB ครบชุดEQAB: Gram & AFBEQAB: Gram stainEQAB: AFBEQAB: Iden & AST | 25001800100010001000 |  |  |

**รวมเป็นเงินทั้งสิ้น**...................................................................................(..................................................................................................)

**ชำระเงิน โดย**

* เงินสดที่ศูนย์พัฒนามาตรฐานและประเมินผลิตภัณฑ์ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน..................................................
* เช็คธนาคารในนาม **“เงินอุดหนุนการบริการวิชาการ คณะเทคนิคการแพทย์ ม.มหิดล”**
* ธนาณัติไปรษณีย์ **สาขาศิริราช** ในนาม นางสาววาทินี วราเดชสถิตวงศ์
* โอนเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช เลขที่บัญชี 016-4-18239-6
 ชื่อบัญชี **“เงินอุดหนุนการบริการวิชาการ คณะเทคนิคการแพทย์ ม.มหิดล”** และแนบใบโอนเงินมาด้วย

ที่อยู่จัดส่งใบเสร็จ

|  |  |
| --- | --- |
| **โครงการที่ออกค่าใช้จ่ายโดยโรงพยาบาล**ประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนาม............................................................................................................................................................................ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จชื่อผู้รับ..................................................................................................ที่จัดส่ง ❑ ที่อยู่โรงพยาบาลที่ระบุไว้ข้างต้น ❑ ที่อยู่อื่นๆ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | **โครงการที่ออกค่าใช้จ่ายโดยบริษัท**ประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนาม...................................................................................................................................................................ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จชื่อผู้รับ...........................................................................................ที่จัดส่ง..................................................................................................................................................................................................…………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………….................................................................................................................. |

**ชื่อที่หน่วยงานประสงค์ให้ปรากฏบนใบประกาศนียบัตร \*\*โปรดระบุภาษาอังกฤษ\*\***

|  |  |
| --- | --- |
| **โครงการ** | **ชื่อที่หน่วยงานประสงค์ให้ปรากฏบนใบประกาศนียบัตร** |
| * **EQAC**
 |  |
| * **EQAH**
 |  |
| * **EQAT**
 |  |
| * **EQAM**
 |  |
| * **EQAP**
 |  |
| * **EQAI**
 |  |
| * **EQAB**
 |  |

 ลงนาม...........................................................................................

 (...................................................................................)

 ตำแหน่ง .....................................................................................

 วันที่..............................................................................

**ส่งใบสมัครและสำเนาหลักฐานการโอนเงินได้ที่**

**ทางโทรสาร :** หมายเลข 02 412 4110

## ทางไปรษณีย์ : ศูนย์พัฒนามาตรฐานและประเมินผลิตภัณฑ์

## คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

**ทาง e-mail :** eqamtmu@gmail.com

ท่านสามารถโทรศัพท์แจ้งยืนยันการส่งเอกสารและการสมัครสมาชิกที่ : คุณมยุรี กิตตินลินทิพย์ โทรศัพท์ 02-412 3441 มือถือ 063-895-1287

**\*\* หมายเหตุ : ทางโครงการฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการรับจำนวนสมาชิกจำกัด โดยให้สิทธ์แก่สมาชิกเดิมยื่นความประสงค์ภายในวันที่ 30 กันยายน 2560** หลังจากนั้นจะพิจารณารับสมาชิกใหม่ทันทีและปิดรับสมัคร**ภายในวันที่ 15 พฤศจิกายน 2560**  อนึ่ง **สำหรับสมาชิกใหม่ที่สมัครโครงการ EQAM และ EQAI เป็นครั้งแรก ขอความกรุณาโปรดรอรับการยืนยันได้สิทธิ์จากศูนย์ฯก่อนจึงชำระเงิน สำหรับโครงการอื่นๆสามารถสมัครและชำระเงินได้เลย**