|  |
| --- |
| Logo  Description automatically generated |
| สถาบันวิจัยวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์222 ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160โทรศัพท์ 075-672553, 075-672587 อีเมล์ rihs.wu@gmail.com | **(For official use only)****RIHS-LAB-FM05**Request no. ……………… |
| **แบบฟอร์มสั่งจองแผ่นเยื่อหุ้มรก (Amniotic membrane)** |
| **ส่วนที่ 1: ข้อมูลผู้จอง** |
| ชื่อ-นามสกุล:  | อาชีพ:  | สถานพยาบาล:  |
| หมายเลขโทรศัพท์:  | อีเมล:  |  |
| วัตถุประสงค์การนำไปใช้:  |
| ช่องทางการรับสินค้า |  สะดวกมารับเองที่อาคารวิจัยวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |  |
|  สะดวกมารับเองที่คลินิกจักษุวิทยา โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ วันที่ต้องการรับสินค้า:  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **รายละเอียด** | **จำนวน (ชิ้น)** | **ราคาต่อหน่วย (บาท)** | **รวม (บาท)** |
|  | ค่าบริการผลิตแผ่นเยื่อหุ้มรก Lot no. AML0001WU |  | 800 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |
| ยืนยันการสั่งจอง ( )วันที่  |
| **ส่วนที่ 2: เจ้าหน้าที่โครงการ**วันที่รับใบสั่งจอง  สินค้ามีครบตามยอดจอง สามารถจัดจำหน่ายให้ได้ รอผลิตเพิ่ม คาดว่าจะสามารถจัดจำหน่ายได้ภายในวันที่  ไม่สามารถจัดจำหน่ายให้ได้ผู้รับผิดชอบโครงการ ( ) |