|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Logo  Description automatically generated | | | | | |
| สถาบันวิจัยวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์  222 ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160  โทรศัพท์ 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   ไม่สามารถจัดจำหน่ายให้ได้  ผู้รับผิดชอบโครงการ    ( ) | | | | | |