

	แบบบันทึก	หมายเลข:	ฉบับแก้ไขเลขที่:0
	ห้องปฏิบัติการบริการวิชาการและวิจัย คณะเภสัชศาสตร์	PS-F-4.4-04	หน้า: 1/1
ชื่อเรื่อง : แบบบันทึกคำขอยกเลิกการขอรับบริการ		วันที่ประกาศใช้	15 ส.ค. 2554

### แบบบันทึกคำขอยกเลิกการขอรับบริการ

คำขอยกเลิกเลขที่	_____ / _____	
ผู้ส่งวิเคราะห์		
วันที่ขอยกเลิกการวิเคราะห์		
ชื่อตัวอย่าง (ชื่อทางการค้า)		
ส่วนประกอบสำคัญ		
ความแรง		
รูปแบบยา		
จำนวน		
รุ่นที่ผลิต (Batch No.)		
เลขทะเบียนยา		
วันที่ผลิต		
วันหมดอายุ		
การยกเลิก	<input type="checkbox"/> ต้องการยกเลิกทุกหัวข้อ <input type="checkbox"/> ต้องการยกเลิกบางหัวข้อ (ระบุรายละเอียดด้านล่าง)	
หัวข้อที่ต้องการยกเลิก	<input type="checkbox"/> Identification <input type="checkbox"/> Assay <input type="checkbox"/> Uniformity of dosage unit <input type="checkbox"/> Content of uniformity <input type="checkbox"/> Weight variation <input type="checkbox"/> Dissolution test <input type="checkbox"/> Related substances <input type="checkbox"/> Chromatographic purity <input type="checkbox"/> Disintegration test <input type="checkbox"/> pH	<input type="checkbox"/> Heavy metal <input type="checkbox"/> Particulate matter <input type="checkbox"/> Average weight <input type="checkbox"/> Stability test <input type="checkbox"/> การพัฒนาวิธีวิเคราะห์ <input type="checkbox"/> Sterility test <input type="checkbox"/> Bacterial endotoxin <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) _____ _____ _____

\*\* หมายเหตุ การยกเลิกการวิเคราะห์สามารถทำได้ในกรณีที่ตัวอย่าง หรือหัวข้อนั้นยังไม่ได้รับการทดสอบ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 ตำแหน่ง \_\_\_\_\_  
 วันที่ \_\_\_\_\_