แบบฟอร์มการใช้ห้องปฏิบัติการความปลอดภัยทางชีวภาพระดับที่ 2 และ ระดับที่ 2 เสริมสมรรถนะ

ลำดับที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง /นางสาว).....ตำแหน่ง.....

ชื่อ-สกุล (อาจารย์ที่ปรึกษา) .....

หน่วยงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

.....

บุคลากรภายนอก อ้างถึงบันทึกข้อความ ที่.....ลงวันที่.....

มีความประสงค์นำเชื้อโรคมาใช้ในห้องปฏิบัติการ (อ้างอิง ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายการเชื้อโรคที่ประสงค์ควบคุม ตามมาตรา 18 พ.ศ. 2561) ดังรายการต่อไปนี้

รหัสเชื้อก่อโรค	ชื่อเชื้อโรคควบคุม	กลุ่มที่	การก่อโรค	รายละเอียดเพิ่มเติม

ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมในห้องปฏิบัติการ ระหว่างวันที่ ..... ถึง วันที่ .....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อปฏิบัติในการใช้บริการสถานบริการวิชาการด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ (MSASC-A01-WI-D03) และ ระเบียบปฏิบัติการสำหรับห้องปฏิบัติการความปลอดภัยทางชีวภาพระดับที่ 2 และ ระดับที่ 2 เสริมสมรรถนะ (MSASC-A02-WI-D03) เป็นที่เรียบร้อยและจะปฏิบัติการอย่างเคร่งครัด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับบริการ

ลงชื่อ.....

(.....)

นักวิทยาศาสตร์

ผู้ให้บริการ