

แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วมโครงการ

บ่มเพาะและให้การรับรองความสามารถทางวิชาการด้านมาตรวิทยาทางการแพทย์ รุ่นที่ 2

กรุณารอกข้อความให้ครบถ้วน ชัดเจน แล้วส่งกลับมาที่ อีเมล sawitris@nimt.or.th

ชื่อหน่วยงาน

ที่อยู่

ผู้จัดการโครงการ

โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์.....

E-mail..... Line I.D.....

ผู้ประสานงานโครงการ

โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์.....

E-mail..... Line I.D.....

เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์

โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์.....

E-mail..... Line I.D.....

1. ช่วงเวลาที่คาดว่าจะเริ่มโครงการ

.....

2. สิ่งที่คุณคาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ

.....

3. รายการวัสดุอุปกรณ์/เครื่องมือ/บุคลากร ซึ่งมีความพร้อม

ลำดับ	เครื่องมือมาตรฐาน	ยี่ห้อ	รุ่น	S/N	เจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบ	ประเภทของการ ให้บริการใน ปัจจุบัน (โปรดระบุ: ทดสอบ/สอบเทียบ/ ยังไม่ให้บริการ)	ความพร้อมของระบบ คุณภาพ ISO/IEC 17025 (โปรดระบุ: ได้รับการรับรอง แล้ว/กำลังยื่นขอการรับรอง/ ยังไม่ได้ดำเนินการ)
1							
2							
3							
4							
5							

(* สามารถระบุรายการเครื่องมือมาตรฐานได้มากกว่า 5 รายการ)

☐ ท่านได้ศึกษาข้อเสนอโครงการแล้ว และยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขการเข้าร่วมโครงการฯ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ติดต่อสอบถามรายละเอียด

* นางสาววิตรี ศรีสังจักษ์ โทร.0 2354 3700 ต่อ 408 อีเมล: sawitris@nimt.or.th

* นางสาวสุรรัตน์ ลีอุดมวงษ์ โทร 0 2354 3700 ต่อ 403 อีเมล: surat@nimt.or.th