****

**แบบคำขอรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการในรูปแบบ peer evaluation**

วันที่ .............. เดือน ................................. พ.ศ. .................

□ ขอรับรองครั้งแรก □ ต่ออายุการรับรอง □ เพิ่มขอบข่าย/เปลี่ยนแปลง

1. ชื่อห้องปฏิบัติการ......................................................................................................................................................................

2. ภาควิชา/แผนก..........................................................................................................................................................................

3. คณะ/สถาบัน/ศูนย์/หน่วยงาน..................................................................................................................................................

4. มหาวิทยาลัย/องค์กร.................................................................................................................................................................

5. ที่อยู่ เลขที่ ........................................... หมู่ที่ ........................... ตรอก/ซอย ..........................................................................ถนน ......................................................................... ตำบล/แขวง...............................................................................................

อำเภอ/เขต..................................................................จังหวัด.........................................................รหัสไปรษณีย์........................

โทรศัพท์..................................................................................... โทรสาร.....................................................................................

6. ชื่อหัวหน้าห้องปฏิบัติการ.........................................................................................................................................................

7. เลขทะเบียนห้องปฏิบัติการ......................................................................................................................................................

8. ประเภทห้องปฏิบัติการ............................................................................................................................................................

9. ลักษณะงานที่ปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ………………...................................................................................................................

10. ขอบเขตสถานที่ในการตรวจประเมิน...............…...................................................................................................................

11. จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการ .............................................. คน

12. การรับรองมาตรฐาน □ ไม่เคยได้รับการรับรองมาตรฐาน □ ได้รับการรับรองมาตรฐาน

 (ระบุชื่อมาตรฐานและหน่วยงานที่รับรองมาตรฐาน).....................................................................................................

13. ผลการสำรวจสภาพความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ ครั้งล่าสุดเดือน .......................................... พ.ศ. ...........................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| องค์ประกอบ | คะแนน | คิดเป็นร้อยละ (%) |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |

14. ผู้ประสานงานในการยื่นคำขอรับการรับรอง

ชื่อ...................................................................................... ตำแหน่ง.................................................................................

โทรศัพท์............................................................................ โทรสาร...................................................................................

อีเมล์.......................................................................................................................................

15. คณะผู้ตรวจประเมิน

 1) …………………………………………………………………………………………………………………… หัวหน้าผู้ตรวจประเมิน

 2) …………………………………………………………………………………………………………………… ผู้ตรวจประเมิน

 3) …………………………………………………………………………………………………………………… ผู้ตรวจประเมิน

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลที่ระบุไว้ในคำขอรับรองและเอกสารประกอบคำขอรับรองเป็นความจริงทุกประการ
โดยพร้อมปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขของระบบตรวจประเมินและรับรองห้องปฏิบัติการในรูปแบบ peer evaluation ตลอดจนให้ความร่วมมือในการตรวจประเมินและปฏิบัติการตามผลการตรวจประเมิน เพื่อให้สัมฤทธิ์ผลตามวัตถุประสงค์ของการรับรอง

ลงชื่อ ................................................................... ผู้ยื่นคำขอ

 (.....................................................................)

**หมายเหตุ** ผู้ยื่นคำขอรับรองฯ ต้องแนบเอกสารประกอบคำขอรับรองที่เกี่ยวข้อง ตามรายการเอกสารประกอบคำขอรับรองห้องปฏิบัติการในรูปแบบ peer evaluation (FM-05-02)