

แบบขอทดสอบคุณภาพเครื่องเอกซเรย์และห้องเอกซเรย์

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1/1 เชียงราย

บริษัท/โรงพยาบาล/คลินิก/ศูนย์/อื่นๆ.....แผนก.....

ที่อยู่.....โทร.....

มีความประสงค์ขอทดสอบคุณภาพมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ทางรังสี ดังรายการต่อไปนี้

1. ทดสอบเครื่องเอกซเรย์ และห้องเอกซเรย์

ชนิดเครื่องเอกซเรย์	ค่าตรวจวิเคราะห์	จำนวน	รวม
<input type="checkbox"/> เครื่องเอกซเรย์วินิจฉัยทั่วไป	3,500 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง	
<input type="checkbox"/> เครื่องเอกซเรย์วินิจฉัยเคลื่อนที่	3,500 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง	
<input type="checkbox"/> เครื่องเอกซเรย์ฟลูออโรสโคปี	4,500 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง	
<input type="checkbox"/> เครื่องเอกซเรย์ฟลูออโรสโคปีแบบ C-arm	4,500 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง	
<input type="checkbox"/> เครื่องเอกซเรย์สวนหัวใจระบบเดี่ยว	4,500 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง	
<input type="checkbox"/> เครื่องเอกซเรย์สวนหัวใจสองระบบ	9,000 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง	
<input type="checkbox"/> เครื่องเอกซเรย์พื้น ความหนาแน่นกระดูก หรืออื่น ๆ	2,000 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง	
<input type="checkbox"/> เครื่องเอกซเรย์ตรวจจากรูขี้กลาก	2,000 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง	
<input type="checkbox"/> เครื่องเอกซเรย์อุตสาหกรรม	2,000 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง	
<input type="checkbox"/> เครื่องเอกซเรย์เต้านม	6,000 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง	
<input type="checkbox"/> ความปลอดภัยของห้องเอกซเรย์	1,000 บาท/ห้อง	จำนวน.....ห้อง	
		รวม	

2. สถานที่ติดตั้ง ณที่อยู่.....

ช่วงเดือนที่ต้องการทดสอบ.....

3. ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานเบอร์โทร.....

4. หมายเหตุ กรณีหน่วยงานเอกชน กรุณาชำระเงินค่าตรวจวิเคราะห์ เครื่องเอกซเรย์ก่อนวันที่เจ้าหน้าที่เข้า
ทดสอบคุณภาพเครื่องเอกซเรย์ลงชื่อ.....ผู้ขอทดสอบคุณภาพเครื่อง
(.....)

โทร.....