

ใบกำกับตัวอย่าง เพื่อขอตรวจวิเคราะห์โรคอาหารเป็นพิษ แผ่นที่ \_\_\_\_\_ จากทั้งหมด \_\_\_\_\_ แผ่น

ชื่อของ ตัวอย่างอาหาร		ชื่อเจ้าของ ตัวอย่างอาหาร		จังหวัด	
--------------------------	--	------------------------------	--	---------	--

ผู้เก็บตัวอย่าง		เบอร์โทรศัพท์ต่อ		วันที่เก็บตัวอย่าง	
-----------------	--	------------------	--	--------------------	--

กรุณาวางกลมล้อมรอบข้อความที่ต้องการ หรือเขียนข้อความที่ต้องการ ด้วยตัวบรรจง

ชนิดตัวอย่าง*	ปริมาณตัวอย่างที่เก็บ	ชนิดจุลินทรีย์ที่สงสัย	หมายเลขตัวอย่าง
เนื้อสุกร เนื้อไก่ เนื้อวัว เนื้อปลา หอย กุ้ง ปู ผัก ผลไม้ น้ำ อื่นๆ _____	10 กรัม    20 กรัม 30 กรัม    40 กรัม อื่นๆ _____ กรัม	<i>Salmonella</i> spp. <i>Vibrio</i> spp. อื่นๆ _____	
เนื้อสุกร เนื้อไก่ เนื้อวัว เนื้อปลา หอย กุ้ง ปู ผัก ผลไม้ น้ำ อื่นๆ _____	10 กรัม    20 กรัม 30 กรัม    40 กรัม อื่นๆ _____ กรัม	<i>Salmonella</i> spp. <i>Vibrio</i> spp. อื่นๆ _____	
เนื้อสุกร เนื้อไก่ เนื้อวัว เนื้อปลา หอย กุ้ง ปู ผัก ผลไม้ น้ำ อื่นๆ _____	10 กรัม    20 กรัม 30 กรัม    40 กรัม อื่นๆ _____ กรัม	<i>Salmonella</i> spp. <i>Vibrio</i> spp. อื่นๆ _____	
เนื้อสุกร เนื้อไก่ เนื้อวัว เนื้อปลา หอย กุ้ง ปู ผัก ผลไม้ น้ำ อื่นๆ _____	10 กรัม    20 กรัม 30 กรัม    40 กรัม อื่นๆ _____ กรัม	<i>Salmonella</i> spp. <i>Vibrio</i> spp. อื่นๆ _____	
เนื้อสุกร เนื้อไก่ เนื้อวัว เนื้อปลา หอย กุ้ง ปู ผัก ผลไม้ น้ำ อื่นๆ _____	10 กรัม    20 กรัม 30 กรัม    40 กรัม อื่นๆ _____ กรัม	<i>Salmonella</i> spp. <i>Vibrio</i> spp. อื่นๆ _____	

หมายเหตุ \* หากต้องการแก้ไข กรุณาขีดฆ่า แล้วระบุข้อความที่ต้องการแทนที่