

ใบสมัครขอรับบริการ: (APPLICATION FORM)		
ข้อมูลผู้ประกอบการ (เพื่อประโยชน์ของท่านโปรดกรอกข้อมูลทุกรายการ)		วันที่รับสมัคร.....
ชื่อกิจการ (ไทย) : ชื่อกิจการ (อังกฤษ): บจกทะเบียนสถานประกอบการได้รับ <input type="checkbox"/> สผ.เลขที่: <input type="checkbox"/> สน.เลขที่: (กรณีเลขทะเบียน สผ. หรือ สน. มีมากกว่าหนึ่งให้ระบุเป็นเลขทะเบียนเดียว) ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ที่ต้องการรับบริการให้คำปรึกษา: หน่วยงานของท่านได้รับการรับรองมาตรฐานใดแล้วบ้าง: <input type="checkbox"/> ISO 13485 Ver. <input type="radio"/> 2003 <input type="radio"/> 2016 <input type="checkbox"/> GMP <input type="checkbox"/> GDP <input type="checkbox"/> CE-Mark ของผลิตภัณฑ์..... <input type="checkbox"/> มอก. ของผลิตภัณฑ์..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> ยังไม่มีมาตรฐาน		
ที่ตั้งสำนักงาน : เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ โทรสาร E-mail Web	ที่ตั้งโรงงาน : <input type="checkbox"/> ที่ตั้งเดียวกับสำนักงาน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ โทรสาร E-mail Web	
ผู้ประสานงานของบริษัท ตำแหน่ง..... โทรศัพท์ E-mail	ผลิตภัณฑ์	
ต้องการขอรับบริการเรื่อง <input type="checkbox"/> การรับบริการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเรื่อง..... <input type="checkbox"/> ฝึกอบรม/สัมมนาเรื่อง..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....		
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม (.....) วัน/เดือน/ปี / /		