

เลขรับ มผช.ป.....-(.....)

วันที่

แบบการขอรับการตรวจประเมิน พร้อมให้คำแนะนำด้านการจัดการคุณภาพเบื้องต้น

๑. ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อผู้ขอรับการตรวจประเมิน.....

(ชื่อบุคคลหรือกลุ่ม)

เลขประจำตัวประชาชน..... E-mail.....

๑.๒ อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๑.๓ ชื่อผู้ประสานงาน

(๑).....ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

(๒).....ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

(๓).....ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

๒. ข้อมูลขอรับการตรวจประเมิน

ยื่นแบบขอรับการตรวจประเมินต่อ สมอ. สอจ.

สำหรับประกอบการพิจารณาเพื่อขอการรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน.....

.....มาตรฐานเลขที่ มผช.....

รายละเอียดผลิตภัณฑ์ชุมชน ประเภท/ชนิด/แบบ/อื่นๆ.....

๓. ข้อมูลสถานที่ทำผลิตภัณฑ์

๓.๑ ชื่อสถานที่ทำ.....

๓.๒ เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

การขอรับการตรวจประเมินข้างต้นเป็นการรับการตรวจประเมินศักยภาพสถานที่ทำและตัวอย่างเบื้องต้น หากสถานที่ทำและตัวอย่างผลิตภัณฑ์ชุมชนเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอการรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน ผู้ประกอบการสามารถยื่นขอการรับรองได้ต่อไป

ข้าพเจ้าขอรับรองความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดที่ปรากฏในแบบ มผช.ป และยินยอมให้เจ้าหน้าที่เข้าตรวจประเมินสถานที่ทำและตัวอย่างเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการตรวจประเมิน

รายละเอียดการติดต่อกับสถานที่ทำผลิตภัณฑ์

บันทึกเพิ่มเติม.....

.....

.....

แผนที่โดยสังเขป

(๑) ลงชื่อ.....

(เจ้าหน้าที่รับคำขอ)

(.....)

วันที่.....

(๓) เรียน

(หัวหน้ากลุ่มงาน)

ดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....วันที่.....

(ผู้บังคับบัญชา)

(๒) เรียน

(ผู้บังคับบัญชา)

เพื่อโปรดทราบการรับคำขอ มผช.ป

ลงชื่อ.....วันที่.....

(หัวหน้ากลุ่มงาน)

(๔) เรียน

(เจ้าหน้าที่)

ดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....วันที่.....

(หัวหน้ากลุ่มงาน)