

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

TCPS-F-PC-01(V0)

13/04/2563

รายละเอียดการติดต่อกับสถานที่ทำผลิตภัณฑ์

บันทึกเพิ่มเติม.....

.....

.....

แผนที่โดยสังเขป

เจ้าหน้าที่ลงรับวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เรียน

เพื่อโปรดทราบผลการตรวจประเมินเบื้องต้น

.....วันที่.....

เรียน

โปรดดำเนินการต่อไป

.....วันที่.....