

แบบฟอร์มขอขยายเวลาการแก้ไขข้อบกพร่อง
ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

เรียน ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ

ข้าพเจ้า.....

ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้รับมอบอำนาจ

ในนามของโรงพยาบาล/คลินิก/บริษัท/ห้างหุ้นส่วน.....

รหัส 5 หลัก

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ได้รับทราบการแก้ไขข้อบกพร่อง ณ วันปิดประชุมตรวจประเมิน วันที่.....

มีความประสงค์ ขอขยายเวลาการแก้ไขข้อบกพร่องอีก 30 วัน ครบกำหนด วันที่

เหตุผล.....

.....

.....

.....

ขอแจ้งผู้ประสานงานการตรวจประเมิน ชื่อ

มือถือ email

โดยขอรับรองว่าจะมีการดำเนินการแก้ไขข้อที่ได้อ 0 คะแนนทุกข้อ ให้ได้คะแนนอย่างน้อย 1 คะแนน และ
ผลรวมคะแนน $\geq 80\%$ ภายในวันที่ขอขยายเวลาการแก้ไขข้อบกพร่อง

ลงชื่อ

(.....)

วันที่