ห้องปฏิบัติการกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องกราด

ภาควิชาวิศวกรรมเครื่องมือและวัสดุ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

โทร. 0865888190, 024709359, 024709201 https://tme.kmutt.ac.th/laboratory/sem/

ใบขอใช้เครื่องมือ

เลขที่ .....

ชื่อ-สกุล .....โทร.....email/line..... (ช่องทางส่งผลทดสอบ)

สถานะผู้ใช้ ( ) อาจารย์/นักวิจัย ( ) นักศึกษา รหัส .....หลักสูตรระดับ ..... ( ) อื่นๆ.....

วิธีชำระค่าบริการ :

( ) 1. หักจ่าย โครงงาน/วิทยานิพนธ์ กลุ่ม ..... (เฉพาะ น.ศ.ภาควิชาวิศวกรรมเครื่องมือและวัสดุ มจธ.)

( ) 2. โอนภายใน มจธ. ผ่าน FO-TO-23-1 ระบุหน่วยงาน/ภาควิชา.....(เฉพาะ น.ศ./บุคลากรใน มจธ.)

( ) 3. หักจ่าย เงินสะสมโครงการสำหรับหัวหน้าโครงการที่ชำระค่าทดสอบล่วงหน้า ระบุหัวหน้าโครงการ .....

( ) 4. โอนผ่านบัญชี ธ.กรุงไทย ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี เลขที่บัญชี 029-0-17606-9

ชื่อ-ที่อยู่ สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน (โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีด้วย) เฉพาะวิธีชำระค่าบริการ ผ่านบัญชีธนาคาร ข้อ 4. **:**

.....

.....

.....

ขอใช้เครื่องมือ / ผลการทดสอบ / รายงานผลการทดสอบ :	**ลักษณะตัวอย่าง :**
( ) SEM ถ่ายภาพโครงสร้าง ( ) EDS วิเคราะห์ส่วนผสมเคมี ( ) Sputter Coater โค้ททองคำ (เตรียมตัวอย่างไม่นำไฟฟ้า) ( ) ผลทดสอบ **Raw Data (ไม่มีค่าใช้จ่าย)** ( ) รายงานผลฉบับภาษาไทย ( ) ฉบับภาษาอังกฤษ (ไทย 2,000 บาท, อังกฤษ 3000 บาท/**3 ตัวอย่าง** รอหลังวันทดสอบ 2-3 สัปดาห์)	- ตัวอย่างประเภท (เช่น โลหะ พอลอเมอร์ เซรามิกซ์ ชีวภาพ อื่นๆ) ..... - ขนาดตัวอย่าง.....cm จำนวน.....ตัวอย่าง (กว้าง x ยาว x สูง) - ลักษณะตัวอย่าง ( ) ก้อน/แผ่นส่วนฐานเรียบ ( ) เปราะ/แตกหักง่าย ( ) ชิ้น/เปียก ( ) ก้อน/แผ่น ส่วนฐานไม่เรียบ ( ) ผง ( ) อื่นๆ..... - การทำลายตัวอย่างเพื่อทดสอบ ( ) ได้ ( ) ไม่ได้

เงื่อนไขการทดสอบ

SEM ระบุ (เช่น กำลังขยาย, จำนวนตำแหน่งทดสอบ, วัดขนาดอนุภาคหรือไม่ เป็นต้น)	**EDS ระบุ** (เช่น โหมดการวิเคราะห์ Area, Point, Mapping, Line), จำนวนตำแหน่งทดสอบ, ธาตุที่ต้องการ เป็นต้น

หมายเหตุ

1. ห้องปฏิบัติการจะไม่มีการทำสัญญาใด ๆ ทั้งสิ้นกับผู้ขอใช้บริการ
2. ห้องปฏิบัติการไม่รับผิดชอบใด ๆ กรณีตัวอย่างเกิดความเสียหาย หลังการทดสอบแล้วเสร็จ
3. ห้องปฏิบัติการรับผิดชอบ กรณีตัวอย่างเสียหายเนื่องจากเจ้าหน้าที่ ก่อนการทดสอบ เป็นค่าชั่วโมงตามแต่กรณี **ยกเว้น** ตัวอย่างที่มีสภาพเปราะ แตกหักง่าย หรือเสียหายง่ายเมื่อสัมผัส
4. กรณีมาไม่ตรงเวลานัดหมาย ให้แจ้งล่วงหน้าก่อน 30 นาที **เวลาทำการ เช้าเริ่ม 9.30 – 12.30 น บ่ายเริ่ม 13.30 – 16.30 น. หากไม่มีการแจ้ง จะเริ่มนับเวลาตามเวลาเริ่มทำงาน หรือเวลานัดหมาย**

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้บริการ
(.....)
วันที่ .....

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา/
(.....) ผู้อนุมัติทุนวิจัย
วันที่ .....

กรณีนักศึกษา มจธ. ให้ผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา

ตรวจสอบอัตราค่าบริการ >>

สำหรับเจ้าหน้าที่ : - วัน-เวลา นัดหมาย .....

- การใช้งาน รวม =.....ชม. , จำนวน.....Point/Area,
จำนวนธาตุ.....จำนวนรอบเคลือบทอง.....

(ปกฉัตร ชาญสุรีย์)
วันที่ .....

Rev. 27 Apr. 2026