



สำนักโภชนาการ
แบบฟอร์มคำขอรับบริการ

วัน เดือน ปี

เลขทะเบียนตัวอย่าง

ชื่อตัวอย่าง

ส่วนประกอบ

ลักษณะตัวอย่าง

จำนวนบรรจุภัณฑ์

สารอาหารที่ต้องการตรวจวิเคราะห์

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> พลังงาน | <input type="checkbox"/> ไอโอดีน | <input type="checkbox"/> เบต้าแคโรทีน | <input type="checkbox"/> น้ำตาลรวม |
| <input type="checkbox"/> พลังงานจากไขมัน | <input type="checkbox"/> โซเดียม | <input type="checkbox"/> วิตามินเอ | <input type="checkbox"/> กลูโคส |
| <input type="checkbox"/> น้ำ | <input type="checkbox"/> โปแตสเซียม | <input type="checkbox"/> วิตามินอี | <input type="checkbox"/> ฟรุกโตส |
| <input type="checkbox"/> เถ้า | <input type="checkbox"/> แมกนีเซียม | <input type="checkbox"/> วิตามินบี 1 | <input type="checkbox"/> ซูโครส |
| <input type="checkbox"/> โปรตีน | <input type="checkbox"/> แคลเซียม | <input type="checkbox"/> วิตามินบี 2 | <input type="checkbox"/> แลคโตส |
| <input type="checkbox"/> ไขมันทั้งหมด | <input type="checkbox"/> ฟอสฟอรัส | <input type="checkbox"/> วิตามินซี | <input type="checkbox"/> รายงานภาษาอังกฤษ |
| <input type="checkbox"/> กรดไขมัน | <input type="checkbox"/> เหล็ก | <input type="checkbox"/> ไนอะซิน | <input type="checkbox"/> จัดทำฉลากโภชนาการ |
| <input type="checkbox"/> ไขมันทรานส์ | <input type="checkbox"/> สังกะสี | <input type="checkbox"/> กรดโฟลิก | <input type="checkbox"/> ไอโอดีนในเกลือ |
| <input type="checkbox"/> โยอาหาร | <input type="checkbox"/> ทองแดง | <input type="checkbox"/> คอเลสเทอรอล | <input type="checkbox"/> ไอโอดีนในปัสสาวะ |

ชื่อผู้รับบริการ

ที่อยู่

ชื่อผู้ติดต่อกลับ

โทรศัพท์

โทรสาร

ค่าบริการวิเคราะห์ บาท

ตามใบเสร็จเล่มที่

เลขที่

(.....)

ผู้นำส่งตัวอย่าง

ผู้รับตัวอย่าง

(.....)

(.....)

หมายเหตุ

.....



**Bureau of Nutrition
Nutrition Labeling Service Form**

Received Date

Laboratory Number

Product name

Ingredients

Sample Characteristic

Number of packages

Analysis

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Energy | <input type="checkbox"/> Iodine | <input type="checkbox"/> β -Carotene | <input type="checkbox"/> Total Sugar |
| <input type="checkbox"/> Energy from fat | <input type="checkbox"/> Sodium | <input type="checkbox"/> Vitamin A | <input type="checkbox"/> Glucose |
| <input type="checkbox"/> Moisture | <input type="checkbox"/> Potassium | <input type="checkbox"/> Vitamin E | <input type="checkbox"/> Fructose |
| <input type="checkbox"/> Ash | <input type="checkbox"/> Magnesium | <input type="checkbox"/> Vitamin B1 | <input type="checkbox"/> Sucrose |
| <input type="checkbox"/> Protein | <input type="checkbox"/> Calcium | <input type="checkbox"/> Vitamin B2 | <input type="checkbox"/> Lactose |
| <input type="checkbox"/> Total fat | <input type="checkbox"/> Phosphorus | <input type="checkbox"/> Vitamin C | <input type="checkbox"/> Report in English |
| <input type="checkbox"/> Fatty acids | <input type="checkbox"/> Iron | <input type="checkbox"/> Niacin | <input type="checkbox"/> Nutrition Labeling |
| <input type="checkbox"/> Trans fat | <input type="checkbox"/> Zinc | <input type="checkbox"/> Folic acid | <input type="checkbox"/> Iodine in Saliva |
| <input type="checkbox"/> Dietary fiber | <input type="checkbox"/> Copper | <input type="checkbox"/> Cholesterol | <input type="checkbox"/> Iodine in Urine |

Customer name

Address

Contact name

Tel	Fax
-----------	-----------

Total price Baht (.....)	Bill Issue	Number
-----------------------------------	------------------	--------------

Sender	Recipient
(.....)	(.....)

