

**ใบแสดงความจำนงเข้าร่วม**  
**การตรวจวิเคราะห์/การรับรองคุณภาพแปรงสีพื้น กรมอนามัย**

เรียน ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล .....

โทรศัพท์ ..... มือถือ ..... E-mail.....

เป็นเจ้าของ/ผู้แทน ของบริษัท/โรงงาน (ระบุชื่อ) .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... แขวง / ตำบล .....

เขต / อำเภอ ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

มีความสมัครใจเข้าร่วม “การตรวจวิเคราะห์/การรับรองคุณภาพแปรงสีพื้น กรมอนามัย” และขอส่งแปรงสีพื้นตรวจ ดังนี้

ชื่อ/ยี่ห้อ

รุ่น

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

รวมทั้งสิ้น.....รุ่น

ซึ่งข้าพเจ้าได้ส่ง 1.  แปรงสีพื้นรุ่นละ 12 ด้าม  สำเนาหลักฐานการจดทะเบียนบริษัท 1 ชุด  
มาพร้อมใบแสดงความจำนงแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลเพิ่มเติม และให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์ ตลอดจนยินดีปฏิบัติตาม  
คำแนะนำ ตามเกณฑ์มาตรฐานทุกประการ

ลงชื่อ .....

( ..... )

ยื่นความจำนง ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....