

## Repair Recommendation

No. ....

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| เรียน ผู้จัดการแผนก /<br>สำเนา | จาก แผนกวิศวกรรมชีวทางการแพทย์<br>บริษัท เนชั่นแนล เฮลท์แคร์ ซิสเต็มส์ จำกัด |
| Ref. WO#                       | QR Code : วันที่   |

เนื่องจากแผนกช่างเครื่องมือแพทย์ได้รับแจ้งให้ทำการตรวจเช็คเครื่องมือแพทย์ที่เกิดการชำรุด ไม่สามารถใช้งานได้  
ดังรายละเอียดต่อไปนี้

| รายละเอียดเครื่องมือที่ทางแผนกแจ้งให้ทำการตรวจเช็ค / EQUIPMENT DETAILS |  |
|--|--|
| เครื่องมือแพทย์  | ชื่อเครื่อง _____ ยี่ห้อ _____<br>รุ่น _____ Serial No. _____ อายุเครื่อง _____<br>ราคาเครื่อง _____ ค่าซ่อมสะสม _____ คิดเป็น _____ % |
| อาการเสียที่แจ้ง / Failure   |  |
| ผลการตรวจเช็ค / Result   |  |
| การดำเนินการ /<br>Recommendation                                       |  |
| ใบเสนอราคา / Quotation   |  |
| ราคาสินค้า / Price   | บาท  |
| Vat  | บาท  |
| ราคารวม / Total<br>(ราคาตัวหนังสือ)                                    | บาท  |
| กำหนดส่งของ / Delivery   |  |
| กำหนดคืนราคา / Validity  |  |
| การรับประกัน / Warranty  |  |

\* ทางแผนกวิศวกรรมชีวทางการแพทย์ได้แนบใบเสนอราคาดังกล่าวมาพร้อมกันนี้แล้ว เพื่อให้ท่านพิจารณา

เอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาอื่นๆ \_\_\_\_\_

ทางเลือกเพื่อประกอบการพิจารณา / Optional

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

ประเภทของค่าใช้จ่ายที่นำเสนอให้ดำเนินการ

|   |                                     |  |                                      |
|---|-------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Accessory  | <input type="checkbox"/> Consumable | <input type="checkbox"/> Replacement   | <input type="checkbox"/> Other ..... |
| ความเห็นของแผนกวิศวกรรมเครื่องมือแพทย์  |                                     | ความเห็นของทางโรงพยาบาล / Hospital's comment   |                                      |
| <input type="checkbox"/> ควรดำเนินการ <input type="checkbox"/> ไม่ควรดำเนินการ<br><input type="checkbox"/> โดยแผนกจัดซื้อของร.พ.<br><input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____ |                                     | <input type="checkbox"/> เห็นชอบให้ดำเนินการ<br><input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบให้ดำเนินการ<br><input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____ |                                      |
| ผู้นำเสนอ : .....<br>ตำแหน่ง : BME SUPERVISOR<br>วันที่ ...../...../.....   |                                     | ผู้รับทราบ.....<br>ตำแหน่ง: .....<br>วันที่ ...../...../.....  |                                      |
| ผู้ตรวจสอบ : .....<br>ตำแหน่ง: .....<br>วันที่ ...../...../.....  |                                     |  |                                      |

หมายเหตุ: กรุณาส่ง “ต้นฉบับ” การตอบรับกลับที่แผนกวิศวกรรมทางการแพทย์เพื่อการดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

