

สำหรับเจ้าหน้าที่
คิวที่.....
วันที่.....
ช่วงเวลาประมาณ.....

## แบบฟอร์ม รายละเอียดผลิตภัณฑ์ที่ต้องการจัดประเภทอาหาร

เปิดบริการ เฉพาะวันอังคาร และวันพฤหัสบดี ในเวลาทำการ ณ ชั้น 5 อาคาร 6  
ศูนย์ให้คำปรึกษาผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Consultation Center for Health Products)  
เวลาเปิดรับบัตรคิว 8.30 น.

- คำชี้แจง**
1. สอบถามได้ไม่เกิน 2 ผลิตภัณฑ์ต่อ 1 บริษัท
  2. กรุณากรอรายละเอียดให้ครบถ้วน พร้อมสำเนา 1 ชุด และจัดเตรียมเอกสารประกอบการพิจารณา พร้อมสำเนา 1 ชุด
  3. กรณีมีตัวอย่างผลิตภัณฑ์ โปรดยื่นตัวอย่างพร้อมแบบฟอร์ม  
กรุณา คืนบัตรคิว ก่อนรับบริการ

1. บริษัท/หน่วยงาน .....
2. ชื่อผลิตภัณฑ์ .....
3. ลักษณะผลิตภัณฑ์
  - [ ] ของเหลว สี..... [ ] ของกึ่งแข็งกึ่งเหลว สี.....
  - [ ] ผง สี..... [ ] เม็ด สี..... [ ] แคปซูล.....
  - [ ] ลักษณะอื่นๆ (ระบุ) .....
4. วิธีการใช้ หรือวิธีการปรุงเพื่อรับประทาน [ระบุปริมาณการใช้ (ถ้ามี)]
  - [ ] วิธีการเตรียมเพื่อรับประทาน (ถ้ามี).....
  - [ ] ก่อนบริโภคต้องผ่านวิธีการปรุง คือ .....
  - [ ] ใช้เป็นส่วนผสมเพื่อใช้ผสมกับวัตถุดิบอื่น (premix)
  - [ ] ใช้เป็นส่วนประกอบในผลิตภัณฑ์.....
  - [ ] อื่นๆ (ระบุ) .....
5. วัตถุประสงค์การใช้ หรือ การบริโภคผลิตภัณฑ์  
.....
6. ชนิดของภาชนะบรรจุ
  - [ ] ขวดแก้ว ฝาปิดชนิด..... [ ] กระจงโลหะ (ปิดสนิท/ปิดด้วยฝา .....
  - [ ] ถุงอะลูมิเนียมฟอยล์/Retort pouch [ ] ขวดพลาสติกชนิด.....
  - [ ] ถุงพลาสติกชนิด..... [ ] อื่นๆ (ระบุ) .....
7. อุณหภูมิการเก็บรักษาผลิตภัณฑ์ .....องศาเซลเซียส
8. ปริมาณสุทธิ .....
9. สูตรส่วนประกอบเป็นร้อยละ  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

