

กำหนดการตรวจประเมิน

ผู้ยื่นคำขอ

ที่อยู่

ที่ตั้งแปลง

พื้นที่

ชนิดพืชที่ขอการรับรอง

โทรศัพท์ โทรสาร อีเมล

ขอขยาย.....

วัตถุประสงค์การตรวจประเมิน.....

มาตรฐาน.....

วันที่	เวลา	รายการ

หมายเหตุ : หากต้องการคัดค้านรายชื่อคณะผู้ตรวจประเมินกรุณาแจ้งกลับสถาบันฯ ภายใน 7 วันทำการ ทั้งนี้กำหนดการนี้เป็นกำหนดการที่อาจมีการปรับเปลี่ยนได้ตามสภาวะการณ์ที่พบระหว่างการตรวจประเมิน

หัวหน้าผู้ตรวจประเมิน

ผู้ตรวจประเมิน 1).....

2).....

3).....

แจ้งผู้ยื่นคำขอวันที่.....

แจ้งโดย ไปรษณีย์ โทรศัพท์ (ระบุผู้รับแจ้ง)

โทรสาร E-mail.....

อื่นๆ (โปรดระบุ)

(.....)

ผู้จัดทำกำหนดการตรวจประเมิน

ออกโดย สถาบันรับรองระบบการผลิตผลิตภัณฑ์การเกษตร มหาวิทยาลัยแม่โจ้
63 ต.หนองหาร อ.สันทราย จ.เชียงใหม่ 50290