วันที่ตรวจ: ........................................................... ผู้ตรวจสอบ : ……………………………………

| หน่วยงานที่รับการตรวจ(Site) | ลำดับที่ | ผลการตรวจพบ (Result) | | รายละเอียดของสิ่งที่ตรวจพบ  (Result Detail) | รายละเอียดของการดำเนินการปรับปรุง/ แก้ไข  (Improvement Detail) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ปกติ | ไม่ปกติ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| สรุปผลการตรวจ | |  |  |  |  |

ลงชื่อ : …….……………….…………… ผู้ตรวจสอบ ลงชื่อ : ……………………….………........… ผู้จัดการฝ่ายปฏิบัติการ (PM/FM)

วันที่ …………………………..……….... วันที่ …………….………………….................