

**10.18 เอกสารตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานทั่วไปของ  
ระบบบำบัดน้ำเสีย (ทส.1,ทส.2)**

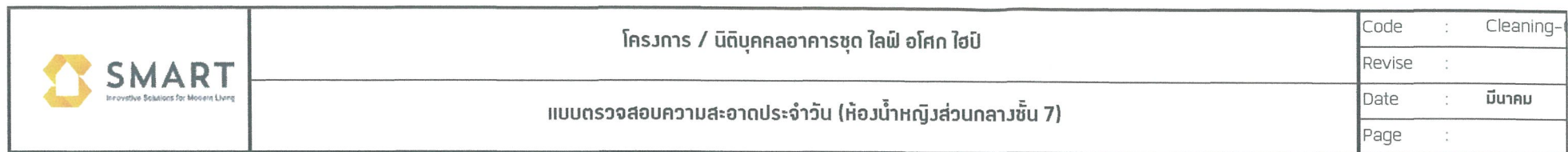
## แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องนำหญิงส่วนกลางชั้น 1)

ลำดับ เวลา	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์ (6)				จันทร์ (7)				อังคาร (8)				พุธ (9)				พฤหัสบดี (10)				ศุกร์ (11)				เสาร์ (12)			
		09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00
1	พื้นห้องน้ำสะอาด ทางเดินไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่ลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มึนกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นสะสม หยักไย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไยและขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													



**แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องนำขยะส่วนกลางชั้น 1)**

ลำดับ เวลา	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์ (6)				จันทร์ (7)				อังคาร (8)				พุธ (9)				พฤหัสบดี (10)				ศุกร์ (11)				เสาร์ (12)			
		09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00
1	พื้นห้องน้ำสะอาด ทาเดินไม่เปียก หรือน้ำหก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่ลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นซี่ง หนัก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องพัก ไม่พบหยากไย่และขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องพักน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องพักน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													



Code	:	Cleaning-
------	---	-----------

Revise :

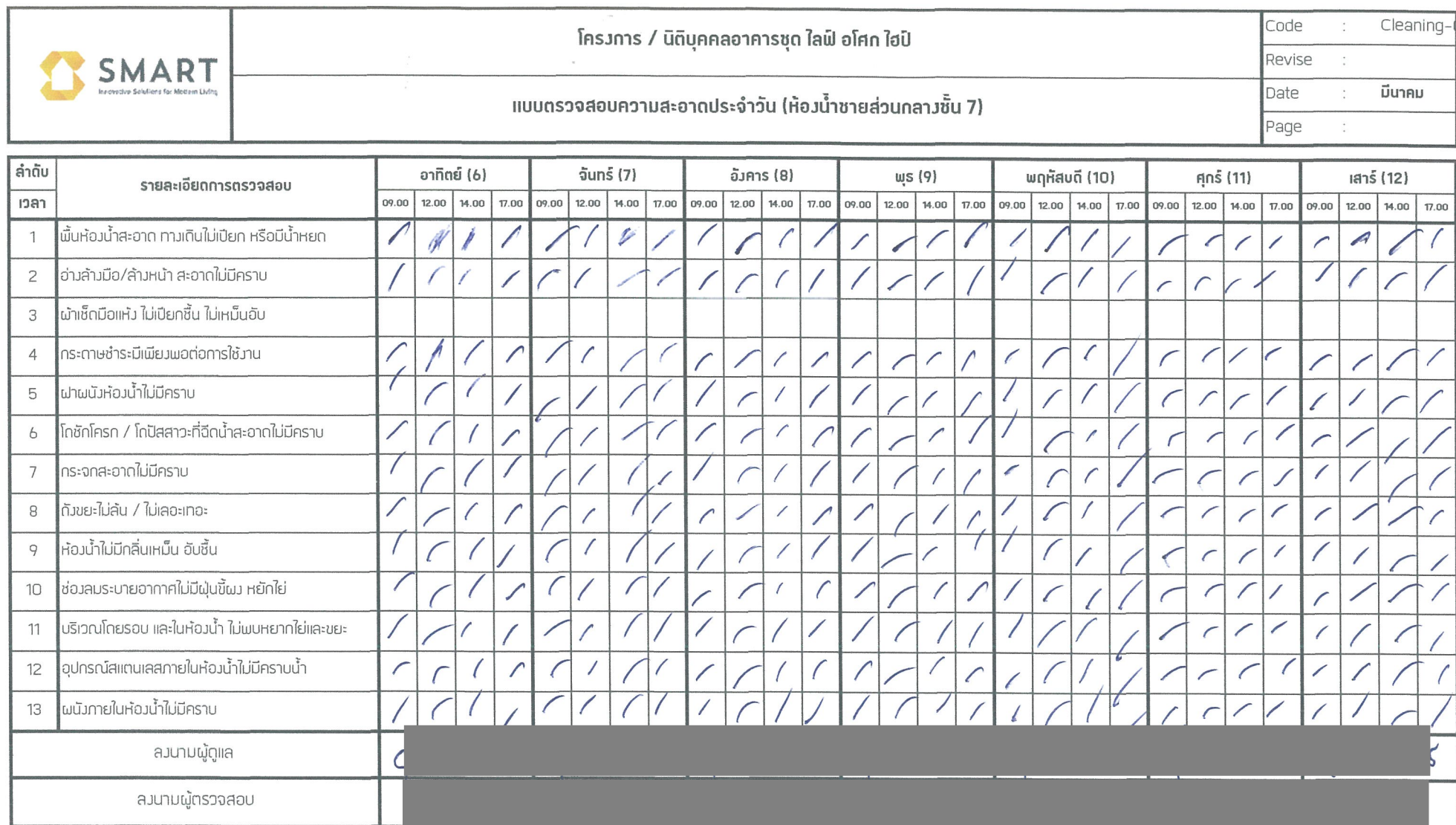
Date : มีนาคม

Page :

แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องน้ำหญิงส่วนกลางชั้น 7)

ลำดับ	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์ (6)				จันทร์ (7)				อังคาร (8)				พุธ (9)				พฤหัสบดี (10)				ศุกร์ (11)				เสาร์ (12)			
		09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00
1	พื้นห้องน้ำสะอาด ทางเดินไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ																	/	/	/	/	/	/	/	/				
4	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ผ้าปูที่นอนสะอาด ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	โกศโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	กระดาษชำระสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่ล้นขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องลมระบายอากาศในมีฝุ่นสะสม หยักไย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไยและขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์ทำความสะอาดในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													





## แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องน้ำหญิงส่วนกลางชั้น 40)

ลำดับ เวลา	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์ (6)				จันทร์ (7)				อังคาร (8)				พุธ (9)				พฤหัสบดี (10)				ศุกร์ (44)				เสาร์ (12)			
		09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00
1	พื้นห้องน้ำสะอาด ทางเดินไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่สกปรก	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10	ช่องระบายอากาศไม่มีฝุ่นขี้ผง หักไถ่	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไย่และขยะ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
14	Sauna / Steam ชาย-หญิง ไม่มีเศษผม, ขยะ, คราบ และไม่มีน้ำขัง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													





## โครงการ / นิติบุคคลอาคารชุด ไลฟ์ อโศก ไฮปี

Code : Cleaning-

Revise :

Date : มีนาคม

Page :

## แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องน้ำชายส่วนกลางชั้น 40)

ลำดับ เวลา	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์ (6)				จันทร์ (7)				อังคาร (8)				พุธ (9)				พฤหัสบดี (10)				ศุกร์ (44)				เสาร์ (12)			
		09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00
1	พื้นห้องน้ำสะอาด ทางเดินไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่เอะอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นขี้ผง หนักรัด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไย่และขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
14	Sauna / Steam ชาย-หญิง ไม่มีเศษผม, ขยะ, คราบ, และไม่มีน้ำขัง	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													



แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องน้ำหญิงส่วนกลางชั้น 1)

ลำดับ เวลา	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์ (10)				จันทร์ (11)				อังคาร (12)				พุธ (13)				พฤหัสบดี (14)				ศุกร์ (15)				เสาร์ (16)			
		09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00
1	พื้นห้องน้ำสะอาด ทาเดินไม่เปียก หรือน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่ล้นขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องระบายอากาศไม่มีฝุ่นขี้ผง หักไถ่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไย่และขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													



แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องน้ำชายส่วนกลางชั้น 1)

ลำดับ เวลา	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์ (10)				จันทร์ (11)				อังคาร (12)				พุธ (13)				พฤหัสบดี (14)				ศุกร์ (15)				เสาร์ (16)			
		09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00
1	พื้นห้องน้ำสะอาด ทางเดินไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นขี้ผง หักไถ่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไย่และขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													



แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องน้ำหญิงส่วนกลางชั้น 7)

ลำดับ เวลา	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์ (10)				จันทร์ (11)				อังคาร (12)				พุธ (13)				พฤหัสบดี (14)				ศุกร์ (15)				เสาร์ (16)			
		09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00
1	พื้นห้องน้ำสะอาด ทางเดินไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
4	กระถางชำร่วยมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่ลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นขี้ผง หักใญ่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไย่และขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบน้ำ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													



## แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องน้ำชายส่วนกลางชั้น 7)

ลำดับ เวลา	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์ (10)				จันทร์ (11)				อังคาร (12)				พุธ (13)				พฤหัสบดี (14)				ศุกร์ (15)				เสาร์ (16)			
		09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00
1	พื้นห้องน้ำสะอาด ทางเดินไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่ล้นขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นขี้ผง หักไย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไย่และขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	พนักงานในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													





## โครงการ / นิติบุคคลอาคารชุด ไลฟ์ อโศก ไฮป์

Code : Cleaning-

Revise :

Date : เมษายน

Page :

## แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องน้ำหญิงส่วนกลางชั้น 40)

ลำดับ เวลา	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์ (10)				จันทร์ (11)				อังคาร (12)				พุธ (13)				พฤหัสบดี (14)				ศุกร์ (15)				เสาร์ (16)			
		09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00
1	พื้นห้องน้ำสะอาด ทางเดินไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	ถังขยะใบส้น / ใบละออง	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นขี้ผง หักใญ่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไย่และขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบน้ำ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
14	Sauna / Steam ชาย-หญิง ไม่มีเศษผม, ขยะ, คราบน้ำ และไม่มีน้ำขัง	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													





## โครงการ / นิติบุคคลอาคารชุด ไลฟ์ อโศก ไฮป์

Code : Cleaning-

Revise :

Date : เมษายน

Page :

## แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องน้ำชายส่วนกลางชั้น 40)

ลำดับ เวลา	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์ (10)				จันทร์ (11)				อังคาร (12)				พุธ (13)				พฤหัสบดี (14)				ศุกร์ (15)				เสาร์ (16)			
		09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00
1	พื้นห้องน้ำสะอาด ทางเดินไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระถางชำรุดมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นซี่พวง หยิกโย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไย่และขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
14	Sauna / Steam ชาย-หญิง ไม่มีเศษผม, ขยะ, คราบ น้ำ และไม่มีน้ำขัง	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													



แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องน้ำหญิงส่วนกลางชั้น 1)

ลำดับ เวลา	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์ (22)				จันทร์ (23)				อังคาร (24)				พุธ (25)				พฤหัสบดี (26)				ศุกร์ (27)				เสาร์ (28)			
		09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00
1	พื้นห้องน้ำสะอาด ทาเงาพื้นไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่ล่อเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องระบายอากาศไม่มีฝุ่นสะสม หยิกไย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไยและขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													



## แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องน้ำชายส่วนกลางชั้น 1)

ลำดับ เวลา	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์ (22)				จันทร์ (23)				อังคาร (24)				พุธ (25)				พฤหัสบดี (26)				ศุกร์ (27)				เสาร์ (28)			
		09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00
1	พื้นห้องน้ำสะอาด ทางเดินไม่เปียก หรือน้ำหก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่ลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นขี้ผง หักใย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไย่และขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล		[Signature]																											
ลงนามผู้ตรวจสอบ		[Signature]																											



## แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องน้ำหญิงส่วนกลางชั้น 7)

ลำดับ เวลา	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์ (22)				จันทร์ (23)				อังคาร (24)				พุธ (25)				พฤหัสบดี (26)				ศุกร์ (27)				เสาร์ (28)			
		09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00
1	พื้นห้องน้ำสะอาด ทางเดินไม่เปียก หรือน้ำหก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่ลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นขี้ผง หักไย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไยและขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													



ลำดับ เวลา	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์ (22)				จันทร์ (23)				อังคาร (24)				พุธ (25)				พฤหัสบดี (26)				ศุกร์ (27)				เสาร์ (28)			
		09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00
1	พื้นห้องน้ำสะอาด ทางเดินไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ฝาผนังก่อนน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นสะสม หยักไย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไยและขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													



## แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องน้ำหญิงส่วนกลางชั้น 40)

ลำดับ เวลา	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์ (22)				จันทร์ (23)				อังคาร (24)				พุธ (25)				พฤหัสบดี (26)				ศุกร์ (27)				เสาร์ (28)			
		09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00
1	พื้นห้องน้ำสะอาด ทางเดินไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่สกปรก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องระบายอากาศไม่มีฝุ่นสะสม หยักไย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไยและขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
14	Sauna / Steam ชาย-หญิง ไม่มีเศษผม, ขยะ, คราบ และไม่มีน้ำขัง	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													





## โครงการ / นิติบุคคลอาคารชุด ไหล่ ภูเก็ต ภูเก็ต

Code : Cleaning-

Revise :

Date : พฤษภาคม

Page :

## แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องน้ำชายส่วนกลางชั้น 40)

ลำดับ เวลา	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์ (22)				จันทร์ (23)				อังคาร (24)				พุธ (25)				พฤหัสบดี (26)				ศุกร์ (27)				เสาร์ (28)			
		09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00	09.00	12.00	14.00	17.00
1	พื้นห้องน้ำสะอาด ทางเดินไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่ล้นขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นสะสม หยักไย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบขยะมูลฝอยและขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
14	Sauna / Steam ชาย-หญิง ไม่มีเศษผม, ขยะ, คราบ, และไม่มีน้ำขัง	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													