

## 10.8 เอกสารตรวจสอบการทำความสะอาดห้องน้ำ

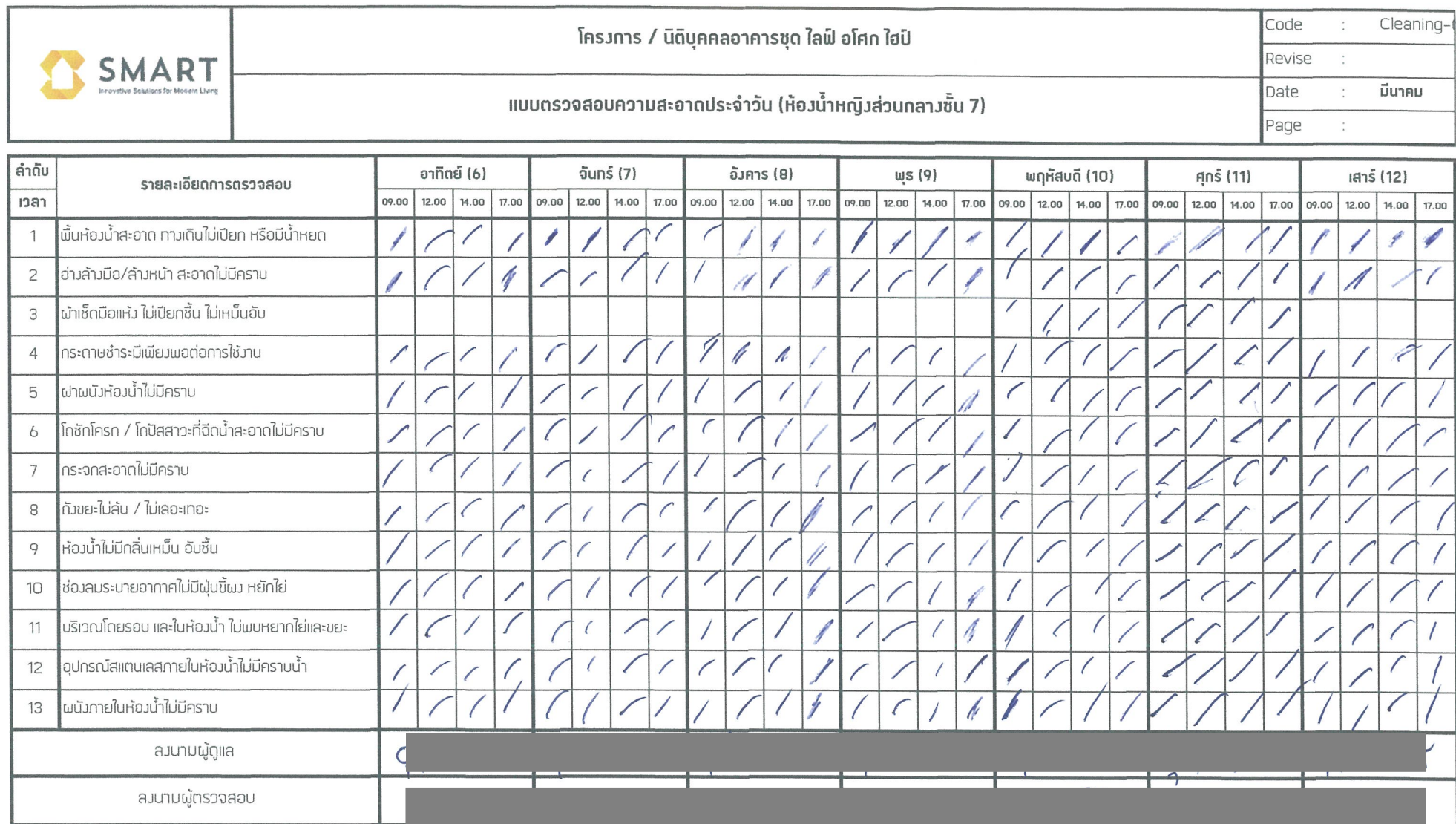
แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องนำหญิงส่วนกลางชั้น 1)

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 (ห้องนำขายส่วนกลางชั้น 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 หรือน้ำหก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่ล่อเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นซี่ง หนัก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องพัก ไม่พบหยากไย่และขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องพักน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องพักน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													





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	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6	โกชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่ลอะเทอะ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นขี้แมลง หักใยม	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไย่และขยะ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบน้ำ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													



## โครงการ / นิติบุคคลอาคารชุด ไลฟ อโศก ไซบี

Code : Cleaning-1

Revise :

Date : มีนาคม

Page :

## 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 / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นสะสม หยักไย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไยและขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
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 ไม่เปียกชื้นไม่เหม็นอับ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นขี้ผง หักไย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไยและขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
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 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	ช่องระบายอากาศไม่มีฝุ่นขี้ผง หักไถ่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ แลในห้องน้ำ 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	กระถางชำรุดมีเพิ่มเพื่อต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
5	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
6	โถชักโครก / โถปัสสาวะที่ฉีดน้ำสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
7	กระจกสะอาดไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
8	ถังขยะไม่ล้น / ไม่ลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นขี้ผง หักไขว่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไย่และขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					/	/	/	/
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	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
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 หนักรีด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไย่และขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
14	Sauna / Steam ชาย-หญิง ไม่มีเศษผม, ขยะ, คราบ 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	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
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, 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 / ไม่ล้นขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
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 / ไม่ล้นขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	ช่องลมระบายอากาศไม่มีฝุ่นขี้ผง หักใ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไย่และขยะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	อุปกรณ์สแตนเลสภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	ผนังภายในห้องน้ำไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ลงนามผู้ดูแล																													
ลงนามผู้ตรวจสอบ																													



## 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 หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
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																													



## แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน (ห้องน้ำชายส่วนกลางชั้น 7)

ลำดับ	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 / 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																													



## 10.9 เอกสารตรวจสอบสระว่ายนํ้า





โครงการ / นิติบุคคล Life Asoke Hype

Code: D2D-07  
Revise:  
Month:  
Page:

ตารางตรวจเช็คสระว่ายน้ำประจำวัน (Daily Swimming Pool Check Sheet)

รายการ		Date / วันที่																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
No.	รายการ																															
1	ตรวจสอบค่าคลอรีน(ค่ามาตรฐาน 1.0-1.5ppm)	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	
2	ตรวจสอบค่ากรดต่าง (ค่ามาตรฐาน 7.2-7.6 pH)	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	
3	ตรวจสอบแรงดันเครื่องกรอง (Psi)	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	
4	ตรวจสอบการทำงานของ Motor Pump	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	
5	ตรวจสอบความสะอาดทั่วไป	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
6	ตรวจสอบความสว่างภายในห้อง	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
7	ตรวจสอบ Switch ควบคุม Auto ; Off ; Manual	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
8	ตรวจสอบตำแหน่งของวาล์ว เปิด-ปิด(อยู่ในตำแหน่ง Auto)	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
9	ตรวจสอบการทำงานของ TIMER	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
10	ตรวจสอบ Pilot Lamp	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
ผู้ตรวจสอบ (BM, VM / Supplier / วิศวกร / ช่างประจำอาคาร)																																

RECOMMENDATIONS / REMARKS

หมายเหตุ: ☒ Normal ☐ Abnormal

Report By: [Redacted Signature] Building Manager / Village Manager

Date: 21/5/65

Approve By: \_\_\_\_\_





โครงการ / นิติบุคคล Life Asoke Hype

Code: D2D-07  
Revise:  
Month:  
Page:

ตารางตรวจเช็คสระว่ายน้ำประจำวัน (Dail Swimming Pool Check Sheet)

No.	รายการ	Date / วันที่																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	ตรวจสอบค่าคลอรีน(ค่ามาตรฐาน 1.0-1.5ppm)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	ตรวจสอบค่ากรดต่าง (ค่ามาตรฐาน 7.2-7.6 pH)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	ตรวจสอบแรงดันเครื่องกรอง (Psi)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	ตรวจสอบการทำงานของ Motor Pump	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	ตรวจสอบความสะอาดทั่วไป	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	ตรวจสอบความสว่างภายในห้อง	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	ตรวจสอบ Switch ควบคุม Auto ; Off ; Manual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	ตรวจสอบตำแหน่งของวาล์ว เปิด-ปิด(อยู่ในตำแหน่ง Auto)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	ตรวจสอบการทำงานของ TIMER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	ตรวจสอบ Pilot Lamp	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ผู้ตรวจสอบ (BM, VM / Supplier / ธุรการ / ช่างประจำอาคาร)																															

RECOMMENDATIONS / REMARKS

หมายเหตุ : ☐ a Normal ☒ r Abnormal

Report By : XXXXXXXXXX Manager / Village Manager Approve By : \_\_\_\_\_

Date : 25/65





**SMART**  
Innovative Solutions for Modern Living

## โครงการ / บิตบุคคล Life Asoke Hype

Code : D2D-07

Revise :

Month : พฤษภาคม

Page : 2565

### ตารางตรวจเช็คสระว่ายน้ำประจำวัน (Daily Swimming Pool Check Sheet)

No.	รายการ	Date / วันที่																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	ตรวจสอบค่าคลอรีน(ค่ามาตรฐาน 1.0-1.5ppm)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	ตรวจสอบค่ากรดต่าง (ค่ามาตรฐาน 7.2-7.6 pH)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	ตรวจสอบแรงดันเครื่องกรอง (Psi)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	ตรวจสอบการทำงานของ Motor Pump	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	ตรวจสอบความสะอาดทั่วไป	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	ตรวจสอบความสว่างภายในห้อง	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	ตรวจสอบ Switch ควบคุม Auto ; Off ; Manual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	ตรวจสอบตำแหน่งของวาล์ว เปิด-ปิด(อยู่ในตำแหน่ง Auto)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	ตรวจสอบการทำงานของ TIMER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	ตรวจสอบ Pilot Lamp	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ผู้ตรวจสอบ (BM, VM / Supplier / รุการ / ช่างประจำอาคาร)																																

#### RECOMMENDATIONS / REMARKS

หมายเหตุ : ☒ Normal ☐ Abnormal

Report By :  Building Manager / Village Manager

Date :

Approve By :





โครงการ / บิตบุคคล Life Asoke Hype

Code : D2D-07  
Revise :  
Month : พฤษภาคม  
Page : 2565

ตารางตรวจเช็คสระว่ายน้ำประจำวัน (Daily Swimming Pool Check Sheet)

รายการ		Date / วันที่																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
No.																																		
1	ตรวจสอบค่าคลอรีน(ค่ามาตรฐาน 1.0-1.5ppm)	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8		
2	ตรวจสอบค่ากรดต่าง (ค่ามาตรฐาน 7.2-7.6 pH)	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	
3	ตรวจสอบแรงดันเครื่องกรอง (Psi)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	
4	ตรวจสอบการทำงานของ Motor Pump	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
5	ตรวจสอบความสะอาดทั่วไป	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
6	ตรวจสอบความสว่างภายในห้อง	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
7	ตรวจสอบ Switch ควบคุม Auto ; Off ; Manual	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
8	ตรวจสอบตำแหน่งของวาล์ว เปิด-ปิด(อยู่ในตำแหน่ง Auto)	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
9	ตรวจสอบการทำงานของ TIMER	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
10	ตรวจสอบ Pilot Lamp	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
ผู้ตรวจสอบ (BM, VM / Supplier / ผู้ดูแล / เจ้าของอาคาร)																																		

RECOMMENDATIONS / REMARKS

หมายเหตุ : ☐ a Normal ☒ r Abnormal

Report By :  Building Manager / Village Manager

Approve By :

Date :





โครงการ / บิตบุคคล Life Asoke Hype

Code : D2D-07  
Revise :  
Month : มิถุนายน  
Page : 2565

ตารางตรวจเช็คสระว่ายน้ำประจำวัน (Dail Swimming Pool Check Sheet)

No.	รายการ	Date / วันที่																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	ตรวจสอบค่าคลอรีน(ค่ามาตรฐาน 1.0-1.5ppm)	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
2	ตรวจสอบค่ากรดต่าง (ค่ามาตรฐาน 7.2-7.6 pH)	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
3	ตรวจสอบแรงดันเครื่องกรอง (Psi)	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
4	ตรวจสอบการทำงานของ Motor Pump	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
5	ตรวจสอบความสะอาดทั่วไป	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
6	ตรวจสอบความสว่างภายในห้อง	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
7	ตรวจสอบ Switch ควบคุม Auto ; Off ; Manual	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
8	ตรวจสอบตำแหน่งของวาล์ว เปิด-ปิด(อยู่ในตำแหน่ง Auto)	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
9	ตรวจสอบการทำงานของ TIMER	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
10	ตรวจสอบ Pilot Lamp	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ผู้ตรวจสอบ (BM, VM / Supplier / รุการ / ช่างประจำอาคาร)																																

RECOMMENDATIONS / REMARKS FL.39

Abnormal

Normal

Approve By :

Building Manager / Village Manager

Date :





โครงการ / บิตบุคคล Life Asoke Hype

Code : D2D-07  
Revise :  
Month : มิถุนายน  
Page : 2565

ตารางตรวจเช็คสระว่ายน้ำประจำวัน (Daily Swimming Pool Check Sheet)

รายการ		Date / วันที่																															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
No.																																	
1	ตรวจสอบค่าคลอรีน(ค่ามาตรฐาน 1.0-1.5ppm)	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	
2	ตรวจสอบค่ากรดต่าง (ค่ามาตรฐาน 7.2-7.6 pH)	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	
3	ตรวจสอบแรงดันเครื่องกรอง (Psi)	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	
4	ตรวจสอบการทำงานของ Motor Pump	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	
5	ตรวจสอบความสะอาดทั่วไป	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	
6	ตรวจสอบความสว่างภายในห้อง	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	
7	ตรวจสอบ Switch ควบคุม Auto ; Off ; Manual	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	
8	ตรวจสอบตำแหน่งของวาล์ว เปิด-ปิด(อยู่ในตำแหน่ง Auto)	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	
9	ตรวจสอบการทำงานของ TIMER	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	
10	ตรวจสอบ Pilot Lamp	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	
ผู้ตรวจสอบ (BM, VM / Supplier / รุกร / ช่างประจำอาคาร)																																	

RECOMMENDATIONS / REMARKS FL.6

หมายเหตุ : ☒ Normal ☐ Abnormal

Report By : Building Manager / Village Manager

Approve By :

Date :



## 10.10 เอกสารดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย



## PRESSURE REDUCING VALVE SYSTEM PM CHECK SHEET

## MAINTENANCE FORM

**Equipment :** Pressure Reducing Valve .

**Building** : Life Asoke Hype



**ก่อนปฏิบัติงานทุกครั้งต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล และต้องให้แน่ใจว่าปลอดภัยต่อตนเอง เพื่อนร่วมงานแล้วจึงลงมือปฏิบัติ.**

[illegible]

Comment : FL.6

**ឈ្មោះ** \_\_\_\_\_

ผู้ตรวจสอบ

วันที่ 3 / 1 / 65 เวลา :

วันที่ 4-12-15







## PRESSURE REDUCING VALVE SYSTEM PM CHECK SHEET

## MAINTENANCE FORM

**Equipment :** Pressure Reducing Valve .

**Building** : Life Asoke Hype



**ก่อนปฏิบัติงานทุกครั้งต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล และต้องให้แน่ใจว่าปลอดภัยต่อตนเอง เพื่อนร่วมงานแล้วจึงลงมือปฏิบัติ.**

[illegible]

Comment : FL.15

ជូនប្រតិបត្តិ

ผู้ตรวจสอบ

วันที่ 3 / 12 / 65 เวลา :

วันที่ 4-1-65



## MAINTENANCE FORM

**Equipment :** Pressure Reducing Valve .

**Building** : Life Asoke Hype



**ก่อนปฏิบัติงานทุกครั้งต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล  
และต้องให้แน่ใจว่าปลอดภัยต่อตนเอง เพื่อนร่วมงานแล้วจึงลงมือปฏิบัติ.**

[illegible]

Comment : FL.20

ជ្រុះប្រតិបត្តិ

ผู้ตรวจสอบ

วันที่ 3 / 1 / 65 เวลา :

วันที่ 4-1-65



## MAINTENANCE FORM

**Equipment :** Pressure Reducing Valve .

**Building** : Life Asoke Hype



**ก่อนปฏิบัติงานทุกครั้งต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล และต้องให้แน่ใจว่าปลอดภัยต่อตนเอง เพื่อนร่วมงานแล้วจึงลงมือปฏิบัติ.**

[illegible]

ស្នូបភូមិ

ผู้ตรวจสอบ

วันที่ 3 / 1 / 65 เวลา :

วันที่ 4-1-65



## MAINTENANCE FORM

**Equipment :** Pressure Reducing Valve .

**Building** : Life Asoke Hype



**ก่อนปฏิบัติงานทุกครั้งต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล และต้องให้แน่ใจว่าปลอดภัยต่อตนเอง เพื่อนร่วมงานแล้วจึงลงมือปฏิบัติ.**

[illegible]

Comment : FL.35

ជូនដំណឹង

ผู้ตรวจสอบ \_\_\_\_\_

วันที่ 3 / 1 / 65 เวลา :

วันที่ 4-1-65