



ฟอร์มตรวจเช็ครายละเอียดการทำความสะอาด

โครงการ:

สถานที่: ชื่อแม่บ้าน: ผู้ตรวจ:

รายละเอียดการทำความสะอาด	ประจำเดือน..... พ.ศ.....																															
	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	
งานประจำวัน	ช	บ	ช	บ	ช	บ	ช	บ	ช	บ	ช	บ	ช	บ	ช	บ	ช	บ	ช	บ	ช	บ	ช	บ	ช	บ	ช	บ	ช	บ	ช	บ
พื้นทางเดินเข้าห้องน้ำสะอาด ไม่มีเศษดิน																																
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาด																																
อ่างล้างมือ/อ่างล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ																																
กระดวยชำระมีเพียงพอในการใช้																																
ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ																																
โถชักโครก/โถปัสสาวะ ที่ฉีดน้ำ ไม่มีคราบ																																
กระจกสะอาดใสไม่มีคราบ																																
ถังขยะไม่ล้น/ไม่เลอะเทอะ																																
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น กลิ่นอับชื้น																																
ช่องระบายอากาศ ไม่มีฝุ่นซี่ง ไม่ชำรุด																																
ไม่พบสุขภัณฑ์ใดๆชำรุด																																
ลายมือชื่อผู้ตรวจเช็ค																																

หมายเหตุ: การตรวจเช็คมี 2 รอบ คือ 1.รอบเช้าช่วงเวลา 10.00 น. 2.รอบบ่ายช่วงเวลา 15.00 น.

/ สะอาด/เรียบร้อย

X ไม่สะอาด/ไม่เรียบร้อย

○ อยู่ระหว่างการปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ :

.....

.....

แม่บ้าน:

ผู้ตรวจเช็ค: