

ภาคผนวก 1

ภาพถ่ายผลการปฏิบัติตามมาตรการฯ



รูปที่ 1 สภาพพื้นที่สีเขียวภายในโรงพยาบาล



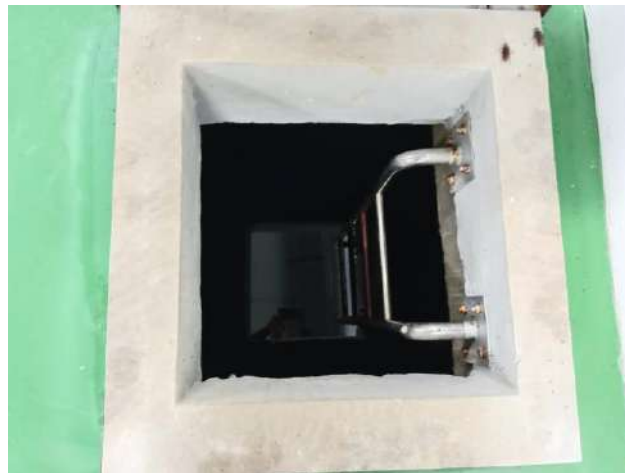
รูปที่ 2 ทางวิ่งและที่จอดรถ สัญญาณการจราจรภายในโรงพยาบาล



รูปที่ 2 ทางวิ่งและที่จอดรถ สัญญาณการจราจรภายในโรงพยาบาล



รูปที่ 3 การควบคุม ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียแบบเติมอากาศเลี้ยงตะกอนเวียนกลับ



รูปที่ 4 ถังสำรองน้ำใต้ดินและระบบเครื่องปั้มน้ำต่างๆ



รูปที่ 5 การตรวจสอบมิเตอร์การใช้ไฟฟ้าของระบบบำบัดน้ำเสีย



รูปที่ 6 ภาพของรองรับมูลฝอยประเภทต่างๆ



รูปที่ 7 การประชาสัมพันธ์การแยกมูลฝอยแต่ละประเภท



รูปที่ 8 การเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อและการแต่งกายของเจ้าหน้าที่เก็บขนมูลฝอย



รูปที่ 9 ห้องพักมูลฝอยรวมของโรงพยาบาล



รูปที่ 10 เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย คอยอำนวยความสะดวก ตลอด 24 ชม.



รูปที่ 11 ไฟฟ้าสว่างตามแนวถนนภายในโรงพยาบาล



รูปที่ 12 ระบบควบคุมไฟฟ้าของโรงพยาบาล



รูปที่ 13 เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง



รูปที่ 14 หม้อแปลงไฟฟ้า

รูปที่ 15 ตัวอย่างบริเวณติดตั้งกล้องวงจรปิด
ภายในบริเวณพื้นที่โรงพยาบาล



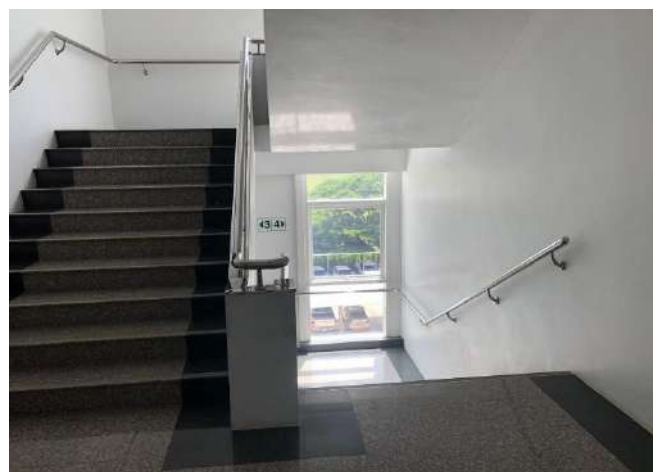
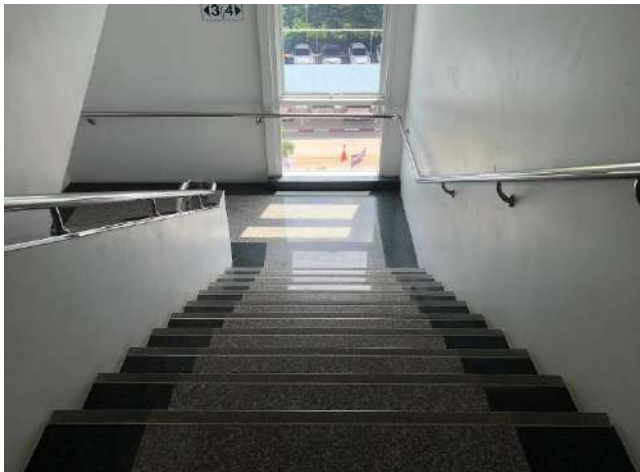
รูปที่ 16 ตู้ควบคุมระบบสัญญาณเตือนอัคคีภัย อุปกรณ์ส่งสัญญาณ แบบกริ่ง (Alarm Bell)



รูปที่ 17 อุปกรณ์แจ้งเหตุ เครื่องตรวจจับควัน (Smoke Detector)



รูปที่ 18 ป้ายบอกตำแหน่งทางหนีไฟ และป้ายบอกตำแหน่งอุปกรณ์ดับเพลิง



รูปที่ 19 บันไดหนีของอาคาร



รูปที่ 20 ตู้สายฉีดน้ำดับเพลิง (Fire Hose Cabinet)



รูปที่ 21 การตรวจสอบไฟส่องสว่างฉุกเฉิน

รูปที่ 22 การตรวจสอบถังดับเพลิง

ภาคผนวก 2

หนังสือแจ้งผลพิจารณารายงาน
การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 304 อินเตอร์
บริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากเนย์ จำกัด

ที่ ทส ๑๐๐๙.๕/ ๒ ๑ ๓ ๙๗



สำนักงานนโยบายและแผน
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
๑๑๘/๑ อาคารทิปโก้ ๒ ถนนพระรามที่ ๖
แขวงพญาไท เขตพญาไท กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณารายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมโครงการ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 304 อินเตอร์
บริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากเนย์ จำกัด

เรียน กรรมการผู้จัดการบริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากเนย์ จำกัด

อ้างถึง หนังสือสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ที่ ทส ๑๐๐๙.๕/๒๐๕๑๔
ลงวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาหนังสือมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ ขว ๖๖๐๓๐๑.๙.๗/๑๔๓ ลงวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๕
๒. มาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบ
สิ่งแวดล้อมที่โครงการ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 304 อินเตอร์ ตั้งอยู่ที่ ๑๕๑ หมู่ ๔ ตำบลกรอกสมบูรณ์
อำเภอศรีมหาโพธิ จังหวัดปราจีนบุรี ของบริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากเนย์ จำกัด
ต้องยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

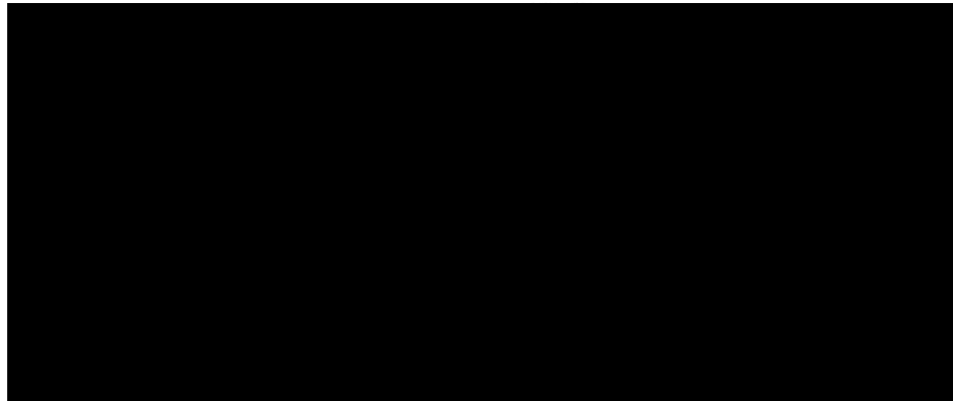
ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
ได้แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการผู้ชำนาญการพิจารณารายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการอาคาร การจัดสรรที่ดิน และบริการชุมชน ในการประชุมครั้งที่ ๓๕/๒๕๖๕ วันที่ ๒๒ พฤศจิกายน
๒๕๖๕ มีมติไม่ให้ความเห็นชอบรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมโครงการ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 304
อินเตอร์ ตั้งอยู่ที่ ๑๕๑ หมู่ ๔ ตำบลกรอกสมบูรณ์ อำเภอศรีมหาโพธิ จังหวัดปราจีนบุรี ของบริษัท โรงพยาบาล
จุฬารัตน์ อากเนย์ จำกัด เป็นโครงการประเภท โรงพยาบาล มีจำนวนเตียงผู้ป่วยค้างคืนจำนวน ๑๑๘ เตียง
(ส่วนเดิม ๕๙ เตียง และส่วนขยาย ๕๙ เตียง) ต่อมาบริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากเนย์ จำกัด
ได้มอบหมายและมอบอำนาจให้มหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดทำและเสนอรายงานฯ ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ ๒
ให้สำนักงานนโยบายฯ ดำเนินการตามขั้นตอนการพิจารณารายงาน รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้เสนอรายงานการประเมิน
ผลกระทบสิ่งแวดล้อมดังกล่าว ให้คณะกรรมการผู้ชำนาญการพิจารณารายงานการประเมินผลกระทบ
สิ่งแวดล้อมโครงการอาคาร การจัดสรรที่ดิน และบริการชุมชน พิจารณา และในการประชุมครั้งที่ ๓๘/๒๕๖๕
วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๕ คณะกรรมการผู้ชำนาญการฯ มีมติให้ความเห็นชอบรายงานการประเมินผลกระทบ
สิ่งแวดล้อมโครงการ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 304 อินเตอร์ ของบริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากเนย์ จำกัด
โดยให้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบ
สิ่งแวดล้อมอย่างเคร่งครัด รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ พร้อมทั้งประสานผู้ได้รับใบอนุญาต
เป็นผู้จัดทำรายงานฯ เพื่อจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานนโยบายฯ

เรื่อง แนวทาง...

เรื่อง แนวทางการจัดส่งรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม ลงวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๕ ต่อไป และหากได้รับอนุญาตจากหน่วยงานอนุญาตแล้ว ขอความร่วมมือส่งสำเนาใบอนุญาตพร้อมเงื่อนไขให้สำนักงานนโยบายฯ ทราบด้วย ทั้งนี้ ได้มีหนังสือแจ้งมหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา



กองประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม

โทรศัพท์ ๐ ๒๒๖๕ ๖๖๒๔

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sarabun@onep.go.th

ภาคผนวก 4

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ñ ü ð ð:ð
ó ð ó ö ö ðý fi

ñ ó ü ð ð:ð
ñ ó ð ó ö ö ðý fi

ภาคผนวก 5

หนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท

ñ ö œ ÷
ó ð ó ó ö ö ÷ fi

ñ ò ò ÷
ó ó ò ó ó ò ò ò ý fi

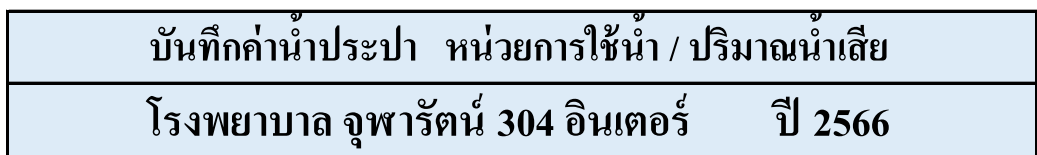
ñ ö ð ÷
ó õ ó ó ö ö őý fi

ภาคผนวก 7

เอกสารประกอบการปฏิบัติตามมาตราอื่นๆ

7-1 เอกสารบันทึกค่าน้ำประปา

หน่วยการใช้น้ำ/ปริมาณน้ำเสีย ปี 2566



[REDACTED]

7-2 เอกสารบันทึกการใช้ไฟฟ้า
และหน่วยการใช้ไฟฟ้า ปี 2566



บันทึกการใช้ไฟฟ้าและหน่วยการใช้ไฟฟ้าโรงพยาบาลจุฬารัตน304อินเตอร์

ปี 2566

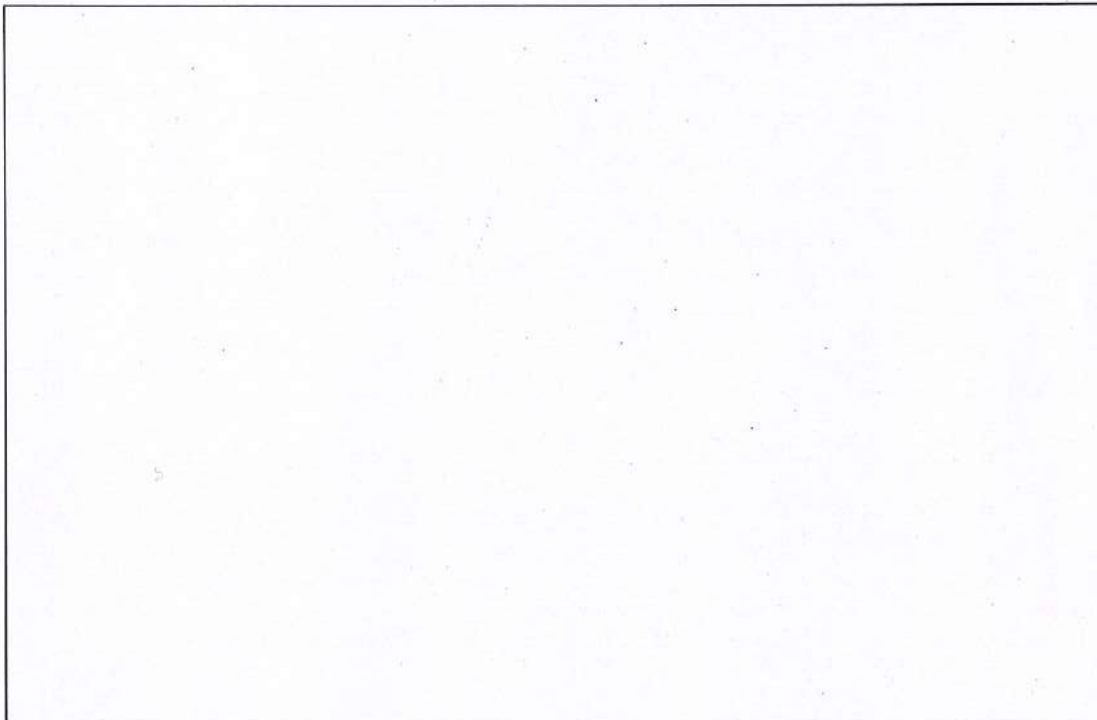
เดือน	ค่าไฟฟ้ารวม+ภาษี	ค่าพลังงานไฟฟ้าสูงสุด	ค่าพลังงานไฟฟ้า(หน่วย)	กิโลวัตต์	ค่าไฟฟ้าฐาน	ค่า Ft	ผู้บันทึก	หมายเหตุ
	บาท	(กิโลวัตต์) P / OP / H	P / OP / H		บาท	บาท		
ม.ค.	957,996.44	360/316/320	78400/48760/47000 ()	44	625,515.11	269,808.67		ค่าFt ม.ค.-ส.ค.65
ก.พ.	1,006,797.98	428/384/392	82920/49560/48880 (181360)	52	660,443.50	280,962.91		0.2477 บ./หน่วย
มี.ค.	1,162,894.05	440/404/400	96560/56880/57360 (210800)	64	760,245.51	326,571.36		ค่าFt ก.ย.-ธ.ค.65
เม.ย.	1,163,127.35	452/416/412	79920/48840/88040 (216800)	64	751,168.35	335,866.56		0.9343 บ./หน่วย
พ.ค.	1,099,991.38	504/444/504	97520/60200/71720 (229440)	80	818,802.99	209,226.34		ค่าFt ม.ค.-เม.ย.66
มิ.ย.	1,009,811.40	440/412/392	96200/59520/52760 (208480)	80	753,636.06	190,112.97		1.5429 บ./หน่วย
								ค่าFt พ.ค.-ส.ค.66
								0.9119 บ./หน่วย



7-3 แบบบันทึกรายละเอียดของสถิติและข้อมูลซึ่ง
แสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียของ
แหล่งกำเนิดมลพิษ (แบบ ทส.1) และรายงานสรุปผล
การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย (แบบ ทส.2)

แบบบันทึกรายละเอียดของสถิติและข้อมูลซึ่งแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย
ของแหล่งกำเนิดมลพิษ

แหล่งกำเนิดมลพิษ ตั้งอยู่เลขที่ 171 หมู่ที่ 4 ซอย
ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
จังหวัด โทรศัพท์ 037-239665 โทรสาร 037-239669
มี เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ
ประกอบกิจการประเภท
ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) 021.002461 ออกให้โดย 31 ต.ก. 2570
ซึ่งมีแผนผังแสดงการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ดังนี้



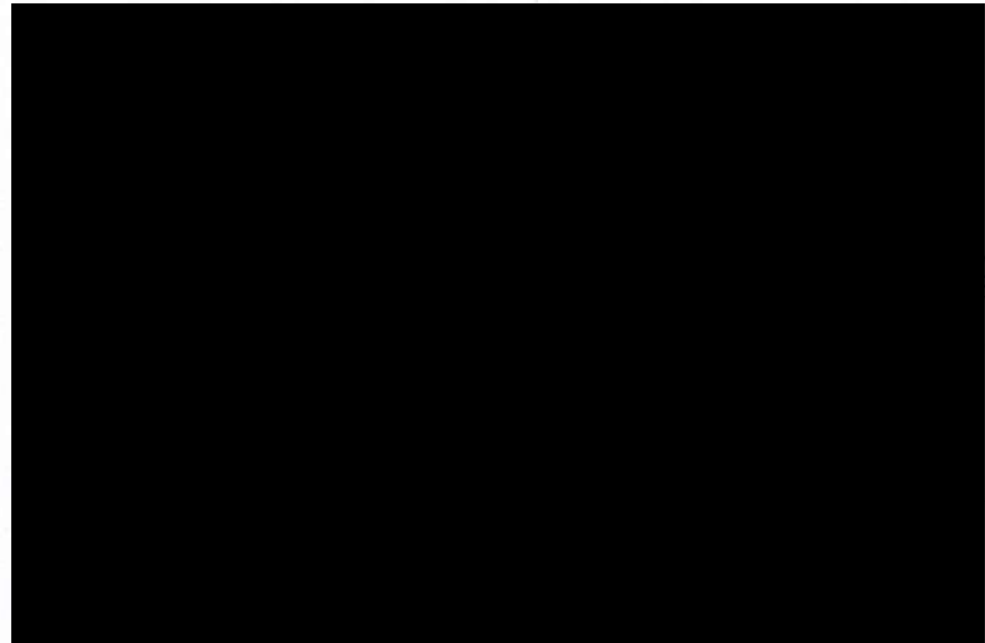
ได้จัดเก็บสถิติและข้อมูลแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียปรากฏตามตาราง ดังนี้

[illegible]

[illegible]

หมายเหตุ ๑. ให้กรอกสถิติและข้อมูลเฉพาะในกรณีที่มีสถิติและข้อมูลนั้น ๆ ในแต่ละวัน

๒. ในกรณีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีการติดตั้งเครื่องตรวจวัดคุณภาพน้ำทั้งแบบอัตโนมัติ ให้แนบผลการตรวจวัดคุณภาพน้ำทั้งทุกวันแยกตามพารามิเตอร์ที่ตรวจวัด
และทำการสรุปผลเป็นสถิติและข้อมูลรายเดือน



รายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

๑. ข้อมูลทั่วไป

แหล่งกำเนิดมลพิษ ตั้งอยู่เลขที่ 151 หมู่ที่ 4 ซอย
 ถนน แขวง/ตำบล กทม.สวนหลวง เขต/อำเภอ ศรีเมืองใหม่
 จังหวัด ปทุมธานี โทรศัพท์ 097-239665 โทรสาร 097-239669
 มี ม.โรงพยาบาลศิริราชบ่อน้อย จำกัด เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ
 ประกอบกิจการประเภท โรงพยาบาล
 ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) 021002461 ออกให้โดยกรมโรงงานอุตสาหกรรม หมดอายุ 31 ธ.ค. 2570
 ในการนี้ขอรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียของแหล่งกำเนิดมลพิษสำหรับ
 เดือน ก.พ. 2566 ตามที่ได้กำหนดในมาตรา ๘๐ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริม
 และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ ในฐานะ

เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ

ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย

ใบอนุญาตเลขที่ 100-56-00105 หมดอายุ 2 ธ.ค. 2568

ออกให้โดย กรมโรงงานอุตสาหกรรม

ผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสีย

(.....)

ใบอนุญาตเลขที่ หมดอายุ

ออกให้โดย

๒. ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสีย และแหล่งรองรับน้ำทิ้ง

(๑) ประเภท/ชนิดของระบบบำบัดน้ำเสีย เติมน้ำจากบ่อน้ำใต้ดิน

ความสามารถในการรองรับน้ำเสียของระบบบำบัดน้ำเสีย 170 ลบ.ม./วัน

(๒) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ☒ แบบต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง/วัน

☐ แบบไม่ต่อเนื่อง (ระบุ)

(๓) อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในระบบบำบัดน้ำเสีย ☒ เครื่องสูบน้ำ ☒ เครื่องเติมอากาศ

☐ เครื่องกวน/ผสมน้ำเสีย ☐ เครื่องกวน/ผสมสารเคมี

☒ เครื่องสูบลำโพง ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

(๔) แหล่งรองรับน้ำทิ้ง (ระบุ) แหล่งน้ำสาธารณะ

(๕) วิธีจัดการตะกอนที่เกิดขึ้นจากระบบบำบัดน้ำเสียและวิธีการกำจัด

๓. สรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียเป็นรายเดือน

- (๑) ปริมาณการใช้ไฟฟ้าของระบบบำบัดน้ำเสีย (หน่วย) 230
- (๒) ปริมาณน้ำใช้ทุกกิจกรรมในแหล่งกำเนิดมลพิษ (ลบ.ม.) 2177
- (๓) ปริมาณน้ำเสียที่เข้าระบบบำบัดน้ำเสีย (ลบ.ม.) 1,741.6
- (๔) การระบายน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสีย ระบาย ✓
- (๕) ปริมาณสารเคมีหรือสารสกัดชีวภาพที่ใช้ (ลิตรหรือกิโลกรัม) ใช้น้ำ 10% 712 ลิตร
- (๖) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียและอุปกรณ์
- ระบบบำบัดน้ำเสีย ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องสูบน้ำ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องเติมอากาศ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องกวน/ผสมน้ำเสีย ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องกวน/ผสมสารเคมี ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องสูบลตะกอน ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - อื่นๆ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
- (๗) ปริมาณตะกอนส่วนเกินจากระบบบำบัดน้ำเสียที่นำไปกำจัด (ลบ.ม.) -
- (๘) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข -

- คำเตือน ๑. เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย หรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดไม่จัดเก็บสถิติ ข้อมูล หรือไม่ทำบันทึกหรือรายงานตามมาตรา ๘๐ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๖
๒. ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียหรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดทำบันทึกหรือรายงานโดยแสดงข้อความอันเป็นเท็จ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๗

รายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

ชื่อแหล่งกำเนิดมลพิษ : โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 304 อินเตอร์

แหล่งกำเนิดมลพิษ ตั้งอยู่เลขที่ : 151

หมู่ที่ : 4

ซอย :

ถนน :

แขวง/ตำบล : กรอกสมบูรณ์

เขต/ตำบล : ศรีมหาโพธิ์

จังหวัด : ปราจีนบุรี

โทรศัพท์ : 037218654

โทรสาร : 037218656

มี : นายเด่นชัย ศรีจำพาลัง เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ

ประกอบกิจการประเภท : โรงพยาบาล

ประเภทย่อย : ประเภท ก ตั้งแต่ 30 เตียง ขึ้นไป

ระบุจำนวนเตียง : 59

สังกัด : สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) : 10201013462

ออกให้โดย : สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

หมดอายุ : 31/12/2570

ในการนี้ ขอรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ของแหล่งกำเนิดมลพิษสำหรับ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ตามที่ได้กำหนดในมาตรา 80 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 ในฐานะ



ใน

ลงชื่อ _____ ผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสีย

ใบอนุญาตเลขที่ _____ หมดอายุ _____

ออกให้โดย _____

2. ข้อมูลเกี่ยวกับระบบน้ำเสีย และแหล่งรองรับน้ำทิ้ง

(1) ประเภท / ชนิดของระบบบำบัดน้ำเสีย

1. อื่นๆ ระบุ เติมาอากาศแบบผิวสัมผัส

ความสามารถในการบำบัดน้ำเสีย

180.00 ลบ.ม./วัน

(2) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

[X] แบบต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง/วัน

[] แบบไม่ต่อเนื่อง (ระบุ)

(3) อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในระบบบำบัดน้ำเสีย

[X] เครื่องสูบน้ำ

[X] ระบบเติมอากาศ

[] เครื่องกวน/ผสมน้ำเสีย

[] เครื่องกวน/ผสมสารเคมี

[X] เครื่องสูบลม

[] อื่นๆ

[] อื่นๆ

[] อื่นๆ

(4) แหล่งรองรับน้ำทิ้ง (ระบุ) แหล่งน้ำสาธารณะ

(5) วิธีจัดการตะกอนที่เกิดขึ้นจากระบบบำบัดน้ำเสียและวิธีการกำจัด -

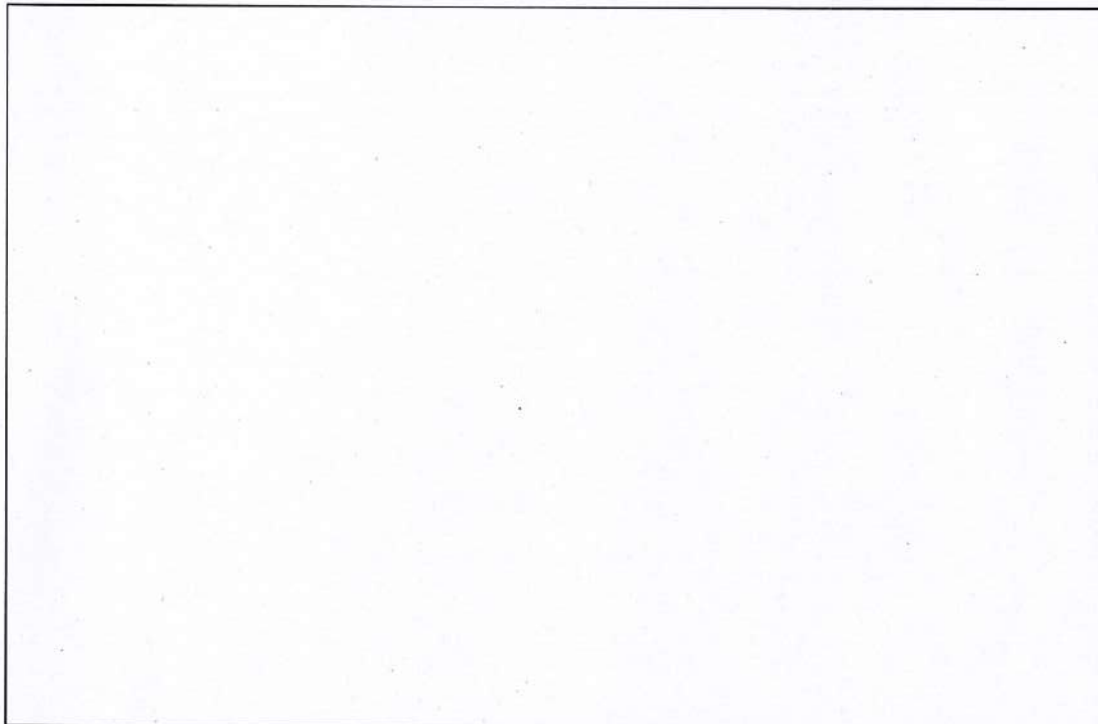
3. สรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียเป็นรายเดือน

- | | |
|---|---|
| (1) ปริมาณการใช้ไฟฟ้าของระบบบำบัดน้ำเสีย (หน่วย) | 280.000 หน่วย |
| (2) ปริมาณน้ำใช้ในทุกกิจกรรมของแหล่งกำเนิดมลพิษ (ลบ.ม.) | 2,177.000 ลบ.ม. |
| (3) ปริมาณน้ำเสียที่เข้าระบบบำบัดน้ำเสีย (ลบ.ม.) | 1,741.600 ลบ.ม. |
| (4) การระบายน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสีย | <input checked="" type="checkbox"/> ระบายทุกวัน
<input type="checkbox"/> ระบายบางวัน (ระบุจำนวนวันที่ระบาย) วัน
<input type="checkbox"/> ไม่ระบายเลย |
| (5) ปริมาณสารเคมี หรือสารสกัดชีวภาพที่ใช้ | ปริมาณ หน่วย |
| 1. คลอรีนอิสระ 10% | 812.000 กิโลกรัม |
| (6) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย | |
| ระบบบำบัดน้ำเสีย | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| เครื่องสูบน้ำ | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| ระบบเติมอากาศ | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| เครื่องสูบลำไส้ | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| (7) ปริมาณตะกอนส่วนเกินที่เกิดขึ้นจากระบบบำบัดน้ำเสียที่นำไปกำจัด | 0.00 กิโลกรัม |
| (8) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข - | |

- คำเตือน
1. เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย หรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดไม่จัดเก็บสถิติ ข้อมูล หรือไม่ทำบันทึกหรือรายงานตามมาตรา ๘๐ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๖
 2. ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียหรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดทำบันทึกหรือรายงานโดยแสดงข้อความอันเป็นเท็จ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๗

แบบบันทึกรายละเอียดของสถิติและข้อมูลซึ่งแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย
ของแหล่งกำเนิดมลพิษ

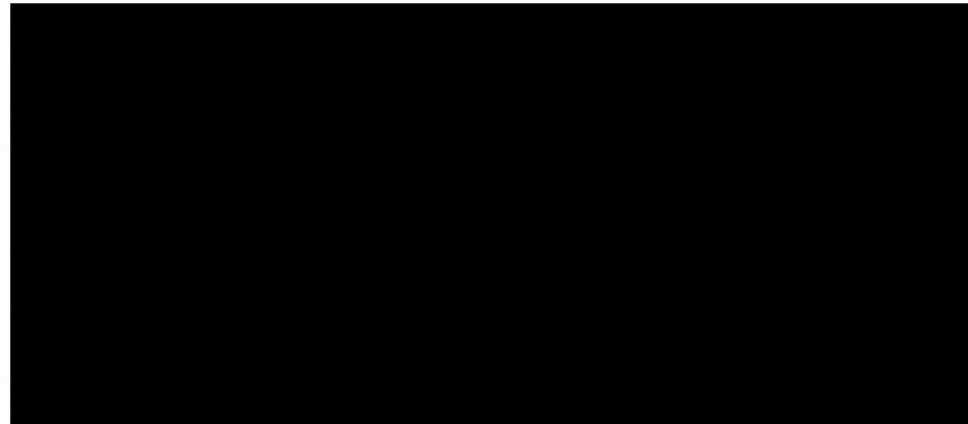
แหล่งกำเนิดมลพิษ ตั้งอยู่เลขที่ 151 หมู่ที่ 4 ซอย
ถนน แขวง/ตำบล กรอกสมบูรณ์ เขต/อำเภอ ศรีมหาโพธิ์
จังหวัด ชลบุรี โทรศัพท์ 097-299669 โทรสาร 097-299669
มี พ. โรงพยาบาลศิริราช ๐๘๔๖ จั๊ก เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ
ประกอบกิจการประเภท โรงพินาศ
ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) ๐๒๑๐๐๒๔๖๑ ออกให้โดย กรมควบคุมมลพิษ หมดอายุ ๓๑ ธ.ค. ๒๕๖๐
ซึ่งมีแผนผังแสดงการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ดังนี้



ได้จัดเก็บสถิติและข้อมูลแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียปรากฏตามตาราง ดังนี้

หมายเหตุ ๑. ให้กรอกลิสต์และข้อมูลเฉพาะในกรณีที่มีสถิติและข้อมูลนั้น ๆ ในแต่ละวัน

๒. ในกรณีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีการติดตั้งเครื่องตรวจวัดคุณภาพน้ำทั้งแบบอัตโนมัติ ให้แนบผลการตรวจวัดคุณภาพน้ำทั้งทุกวันแยกตามพารามิเตอร์ที่ตรวจวัด
และทำการสรุปผลเป็นสถิติและข้อมูลรายเดือน



..... ผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสีย

(.....)

ใบอนุญาตเลขที่ หמדอายุ

ออกให้โดย

[illegible]

[illegible]

รายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

๑. ข้อมูลทั่วไป

แหล่งกำเนิดมลพิษ ตั้งอยู่เลขที่ 151 หมู่ที่ 4 ซอย
 ถนน แขวง/ตำบล ทรายทอง เขต/อำเภอ ทรายทอง
 จังหวัด ราชบุรี โทรศัพท์ 037-237665 โทรสาร 037-237669
 มี พ.โสมภณกุล เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ
 ประกอบกิจการประเภท โรงหมัก
 ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) 02.10024661 ออกให้โดย กรมควบคุมมลพิษ 31 ธ.ค. 2570

ในการนี้ขอรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียของแหล่งกำเนิดมลพิษสำหรับ
 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 ตามที่ได้กำหนดในมาตรา ๘๐ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริม
 และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ ในฐานะ

..... เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ
 (...)
 ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย
 (...)

ใบอนุญาตเลขที่ ๒๐-๖๖-๐๐๑๐๖ หมดอายุ 2 สิงหาคม 2568
 ออกให้โดย กรมควบคุมมลพิษ

..... ผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสีย
 (...)

ใบอนุญาตเลขที่ หมดอายุ
 ออกให้โดย

๒. ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสีย และแหล่งรองรับน้ำทิ้ง

(๑) ประเภท/ชนิดของระบบบำบัดน้ำเสีย เครื่องกลเติมอากาศ
 ความสามารถในการรองรับน้ำเสียของระบบบำบัดน้ำเสีย 170 ลบ.ม./วัน

(๒) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ☒ แบบต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง/วัน
☐ แบบไม่ต่อเนื่อง (ระบุ)

(๓) อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในระบบบำบัดน้ำเสีย ☒ เครื่องสูบน้ำ ☒ เครื่องเติมอากาศ

☐ เครื่องกวน/ผสมน้ำเสีย ☐ เครื่องกวน/ผสมสารเคมี

☒ เครื่องสูบลำโพง ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

(๔) แหล่งรองรับน้ำทิ้ง (ระบุ) แหล่งน้ำสาธารณะ

(๕) วิธีจัดการตะกอนที่เกิดขึ้นจากระบบบำบัดน้ำเสียและวิธีการกำจัด

๓. สรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียเป็นรายเดือน

- (๑) ปริมาณการใช้ไฟฟ้าของระบบบำบัดน้ำเสีย (หน่วย) 310
- (๒) ปริมาณน้ำใช้ทุกกิจกรรมในแหล่งกำเนิดมลพิษ (ลบ.ม.) 2126
- (๓) ปริมาณน้ำเสียที่เข้าระบบบำบัดน้ำเสีย (ลบ.ม.) 1757.2
- (๔) การระบายน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสีย ระบาย
- (๕) ปริมาณสารเคมีหรือสารสกัดชีวภาพที่ใช้ (ลิตรหรือกิโลกรัม) ๓๐๕.๖๖/๑๗. ๖๖๖ ลิตร
- (๖) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียและอุปกรณ์
- ระบบบำบัดน้ำเสีย ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องสูบน้ำ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องเติมอากาศ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องกวน/ผสมน้ำเสีย ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องกวน/ผสมสารเคมี ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องสูบลำโพง ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - อื่นๆ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
- (๗) ปริมาณตะกอนส่วนเกินจากระบบบำบัดน้ำเสียที่นำไปกำจัด (ลบ.ม.) -
- (๘) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข -

- คำเตือน ๑. เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย หรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดไม่จัดเก็บสถิติ ข้อมูล หรือไม่ทำบันทึกหรือรายงานตามมาตรา ๘๐ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๖
๒. ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียหรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดทำบันทึกหรือรายงานโดยแสดงข้อความอันเป็นเท็จ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๗

รายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

ชื่อแหล่งกำเนิดมลพิษ : โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 304 อินเตอร์

แหล่งกำเนิดมลพิษ ตั้งอยู่เลขที่ : 151

หมู่ที่ : 4

ซอย :

ถนน :

แขวง/ตำบล : กรอกสมบุรณ์

เขต/ตำบล : ศรีมหาโพธิ

จังหวัด : ปราจีนบุรี

โทรศัพท์ : 037218654

โทรสาร : 037218656

มี : นายเด่นชัย ศรีจำพลึง เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ

ประกอบกิจการประเภท : โรงพยาบาล

ประเภทย่อย : ประเภท ก ตั้งแต่ 30 เตียง ขึ้นไป ระบุจำนวนเตียง : 59

สังกัด : สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

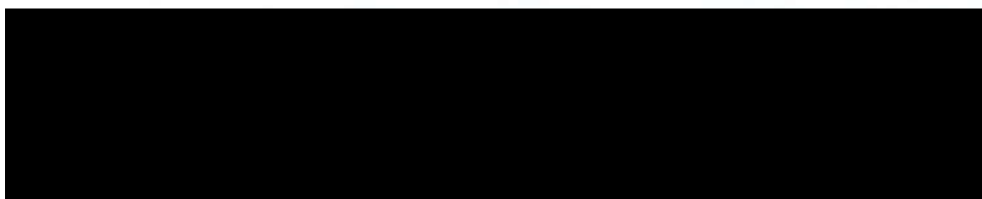
ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) : 10201013462

ออกให้โดย : สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ หมดอายุ : 31/12/2570

ในการนี้ ขอรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ของแหล่งกำเนิดมลพิษสำหรับ เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566

ตามที่ได้กำหนดในมาตรา 80 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 ในฐานะ

ลงชื่อ นายเด่นชัย ศรีจำพลึง เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ



ลงชื่อ _____ ผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสีย

ใบอนุญาตเลขที่ _____ หมดอายุ _____

ออกให้โดย _____

2. ข้อมูลเกี่ยวกับระบบน้ำเสีย และแหล่งรองรับน้ำทิ้ง

(1) ประเภท / ชนิดของระบบบำบัดน้ำเสีย

1. อื่นๆ ระบุ เติมอากาศแบบผิวสัมผัส

ความสามารถในการบำบัดน้ำเสีย

180.00 ลบ.ม./วัน

(2) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

[X] แบบต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง/วัน

[] แบบไม่ต่อเนื่อง (ระบุ)

(3) อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในระบบบำบัดน้ำเสีย

[X] เครื่องสูบน้ำ

[X] ระบบเติมอากาศ

[] เครื่องกวน/ผสมน้ำเสีย

[] เครื่องกวน/ผสมสารเคมี

[X] เครื่องสูบลำโพง

[] อื่นๆ

[] อื่นๆ

[] อื่นๆ

(4) แหล่งรองรับน้ำทิ้ง (ระบุ) แหล่งน้ำสาธารณะ

(5) วิธีจัดการตะกอนที่เกิดขึ้นจากระบบบำบัดน้ำเสียและวิธีการกำจัด -

3. สรุปผลการดำเนินงานของระบบบำบัดน้ำเสียเป็นรายเดือน

(1) ปริมาณการใช้ไฟฟ้าของระบบบำบัดน้ำเสีย (หน่วย)

310.000 หน่วย

(2) ปริมาณน้ำใช้ในกิจกรรมของแหล่งกำเนิดมลพิษ (ลบ.ม.)

2,126.000 ลบ.ม.

(3) ปริมาณน้ำเสียที่เข้าระบบบำบัดน้ำเสีย (ลบ.ม.)

1,757.800 ลบ.ม.

(4) การระบายน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสีย

☒ ระบายทุกวัน

☐ ระบายบางวัน (ระบุจำนวนวันที่ระบาย) วัน

☐ ไม่ระบายเลย

(5) ปริมาณสารเคมี หรือสารสกัดชีวภาพที่ใช้

ปริมาณ หน่วย

1. คลอรีนอิสระ 10%

899.000 กิโลกรัม

(6) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

ระบบบำบัดน้ำเสีย

☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ

เครื่องสูบน้ำ

☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ

ระบบเติมอากาศ

☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ

เครื่องสูบลำไส้

☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(7) ปริมาณตะกอนส่วนเกินที่เกิดขึ้นจากระบบบำบัดน้ำเสียที่นำไปกำจัด 0.00 กิโลกรัม

(8) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข -

คำเตือน ๑. เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย หรือผู้รับจ้าง

ให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดไม่จัดเก็บสถิติ ข้อมูล หรือไม่ทำบันทึกหรือรายงาน

ตามมาตรา ๘๐ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท

หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๖

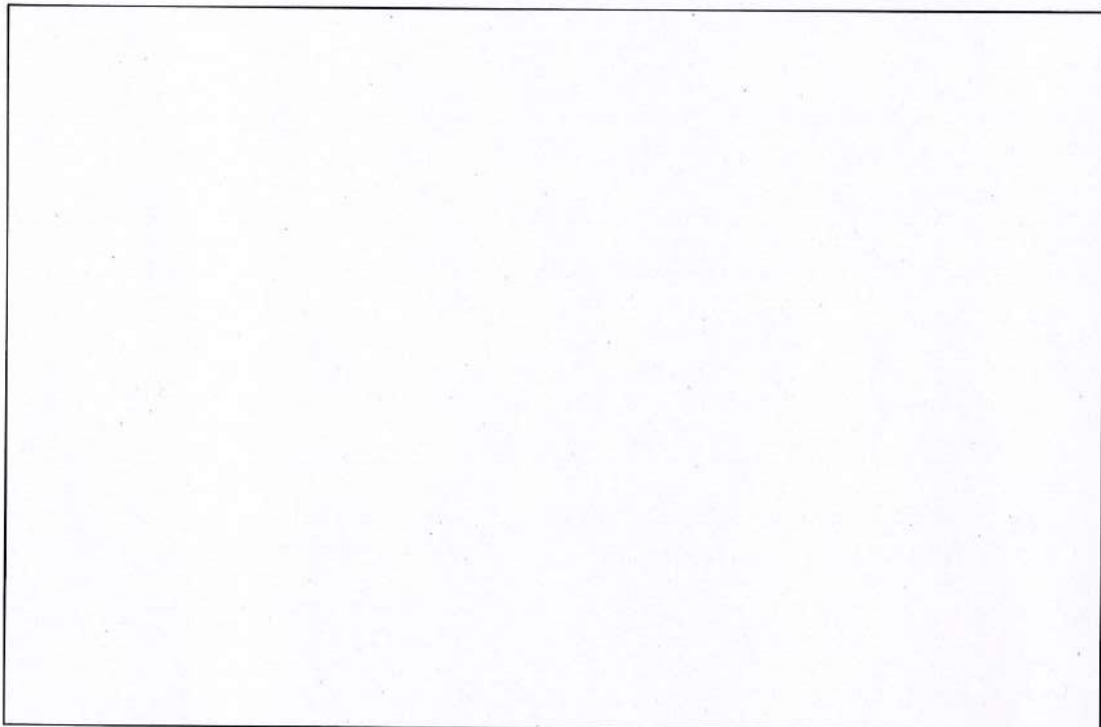
๒. ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียหรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดทำบันทึกหรือรายงาน

โดยแสดงข้อความอันเป็นเท็จ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกิน

หนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๗

แบบบันทึกรายละเอียดของสถิติและข้อมูลซึ่งแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย
ของแหล่งกำเนิดมลพิษ

แหล่งกำเนิดมลพิษ ตั้งอยู่เลขที่ 151 หมู่ที่ 4 ซอย 5
ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
จังหวัด โทรศัพท์ 037-239665 โทรสาร 037-239669
มี น.โรงพยาบาลศิริราช เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ
ประกอบกิจการประเภท
ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) 02100.2461 ออกให้โดยกรมควบคุมมลพิษ 31 ธ.ค. 2570
ซึ่งมีแผนผังแสดงการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ดังนี้



ได้จัดเก็บสถิติและข้อมูลแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียปรากฏตามตาราง ดังนี้

[illegible]

[illegible]

หมายเหตุ ๑. ให้กรอกสถิติและข้อมูลเฉพาะในกรณีที่มีสถิติและข้อมูลนั้น ๆ ในแต่ละวัน

๒. ในกรณีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีการติดตั้งเครื่องตรวจวัดคุณภาพน้ำทิ้งแบบอัตโนมัติ ให้แนบผลการตรวจวัดคุณภาพน้ำทิ้งทุกวันแยกตามพารามิเตอร์ที่ตรวจวัด
และทำการสรุปผลเป็นสถิติและข้อมูลรายเดือน

ใบอนุญาตเลขที่ 100-56-00105 หมดอายุ 2 กรกฎาคม 2568

ออกให้โดย กรมโรงงานอุตสาหกรรม

..... ผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสีย

(.....)

ใบอนุญาตเลขที่ หมดอายุ

ออกให้โดย

รายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

๑. ข้อมูลทั่วไป

แหล่งกำเนิดมลพิษ ตั้งอยู่เลขที่ 151 หมู่ที่ 4 ซอย
 ถนน แขวง/ตำบล กอสมพงษ์ เขต/อำเภอ คลองโพธิ์
 จังหวัด ปราจีนบุรี โทรศัพท์ 077-239665 โทรสาร 077-239669
 มี น. โสภณภณดลวิทย์ อภัย เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ
 ประกอบกิจการประเภท โรงพิมพ์
 ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) 021002461 ออกให้โดยกรมโรงงานอุตสาหกรรม 31 ธ.ค. 2570

ในการนี้ขอรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียของแหล่งกำเนิดมลพิษสำหรับ
 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ตามที่ได้กำหนดในมาตรา ๘๐ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริม
 และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ ในฐานะ

เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ

ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย

ใบอนุญาตเลขที่ 100-56-00105 หมดอายุ 2570

ออกให้โดย โรงงานแปรรูปยางพารา

ผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสีย

(.....)

ใบอนุญาตเลขที่ หมดอายุ

ออกให้โดย

๒. ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสีย และแหล่งรองรับน้ำทิ้ง

(๑) ประเภท/ชนิดของระบบบำบัดน้ำเสีย เต็มอัตราแบบผิวสัมผัส
 ความสามารถในการรองรับน้ำเสียของระบบบำบัดน้ำเสีย 100 ลบ.ม./วัน

(๒) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ☒ แบบต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง/วัน

☐ แบบไม่ต่อเนื่อง (ระบุ)

(๓) อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในระบบบำบัดน้ำเสีย ☒ เครื่องสูบน้ำ ☒ เครื่องเติมอากาศ

☐ เครื่องกวน/ผสมน้ำเสีย ☐ เครื่องกวน/ผสมสารเคมี

☒ เครื่องสูบลำโพง ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

(๔) แหล่งรองรับน้ำทิ้ง (ระบุ) แหล่งน้ำสาธารณะ

(๕) วิธีจัดการตะกอนที่เกิดขึ้นจากระบบบำบัดน้ำเสียและวิธีการกำจัด

๓. สรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียเป็นรายเดือน

- (๑) ปริมาณการใช้ไฟฟ้าของระบบบำบัดน้ำเสีย (หน่วย) 310
- (๒) ปริมาณน้ำใช้ทุกกิจกรรมในแหล่งกำเนิดมลพิษ (ลบ.ม.) 2164
- (๓) ปริมาณน้ำเสียที่เข้าระบบบำบัดน้ำเสีย (ลบ.ม.) 1,731.2
- (๔) การระบายน้ำทั้งจากระบบบำบัดน้ำเสีย ระบาย
- (๕) ปริมาณสารเคมีหรือสารสกัดชีวภาพที่ใช้ (ลิตรหรือกิโลกรัม) ๓๕๐ ลิตร ๒๙๙ ก.กร
- (๖) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียและอุปกรณ์
- ระบบบำบัดน้ำเสีย ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องสูบน้ำ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องเติมอากาศ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องกวน/ผสมน้ำเสีย ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องกวน/ผสมสารเคมี ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องสูบลำโพง ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - อื่นๆ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
- (๗) ปริมาณตะกอนส่วนเกินจากระบบบำบัดน้ำเสียที่นำไปกำจัด (ลบ.ม.)
- (๘) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

- คำเตือน ๑. เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย หรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดไม่จัดเก็บสถิติ ข้อมูล หรือไม่ทำบันทึกหรือรายงานตามมาตรา ๘๐ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๖
๒. ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียหรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดทำบันทึกหรือรายงานโดยแสดงข้อความอันเป็นเท็จ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๗

รายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

ชื่อแหล่งกำเนิดมลพิษ : โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 304 อินเตอร์

แหล่งกำเนิดมลพิษ ตั้งอยู่เลขที่ : 151

หมู่ที่ : 4

ซอย :

ถนน :

แขวง/ตำบล : กรอกสมบุญ

เขต/ตำบล : ศรีมหาโพธิ์

จังหวัด : ปราจีนบุรี

โทรศัพท์ : 037218654

โทรสาร : 037218656

มี : นายเด่นชัย ศรีจำพลัง เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ

ประกอบกิจการประเภท : โรงพยาบาล

ประเภทย่อย : ประเภท ก ตั้งแต่ 30 เตียง ขึ้นไป ระบุจำนวนเตียง : 59

สังกัด : สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) : 10201013462

ออกให้โดย : สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ หมดอายุ : 31/12/2570

ในการนี้ ขอรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ของแหล่งกำเนิดมลพิษสำหรับ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566

ตามที่ได้กำหนดในมาตรา 80 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 ในฐานะ



เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ

ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย

ใบอนุญาตเลขที่ 100-56-00105

หมดอายุ 21/12/2570

ออกให้โดย กรมโรงงานอุตสาหกรรม

ลงชื่อ ผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสีย

ใบอนุญาตเลขที่ หมดอายุ

ออกให้โดย

2. ข้อมูลเกี่ยวกับระบบน้ำเสีย และแหล่งรองรับน้ำทิ้ง

(1) ประเภท / ชนิดของระบบบำบัดน้ำเสีย

1. อื่นๆ ระบุ เติมน้ำอากาศแบบผิวสัมผัส

ความสามารถในการบำบัดน้ำเสีย

180.00 ลบ.ม./วัน

(2) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

[X] แบบต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง/วัน

[] แบบไม่ต่อเนื่อง (ระบุ)

(3) อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในระบบบำบัดน้ำเสีย

[X] เครื่องสูบน้ำ

[X] ระบบเติมอากาศ

[] เครื่องกวน/ผสมน้ำเสีย

[] เครื่องกวน/ผสมสารเคมี

[X] เครื่องสูบลำโพง

[] อื่นๆ

[] อื่นๆ

[] อื่นๆ

(4) แหล่งรองรับน้ำทิ้ง (ระบุ) แหล่งน้ำสาธารณะ

(5) วิธีจัดการตะกอนที่เกิดขึ้นจากระบบบำบัดน้ำเสียและวิธีการกำจัด -

3. สรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียเป็นรายเดือน

- (1) ปริมาณการใช้ไฟฟ้าของระบบบำบัดน้ำเสีย (หน่วย) 310.000 หน่วย
- (2) ปริมาณน้ำใช้ในทุกกิจกรรมของแหล่งกำเนิดมลพิษ (ลบ.ม.) 2,164.000 ลบ.ม.
- (3) ปริมาณน้ำเสียที่เข้าระบบบำบัดน้ำเสีย (ลบ.ม.) 1,731.200 ลบ.ม.
- (4) การระบายน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสีย
- | | |
|---|-----|
| <input checked="" type="checkbox"/> ระบายทุกวัน | |
| <input type="checkbox"/> ระบายบางวัน (ระบุจำนวนวันที่ระบาย) | วัน |
| <input type="checkbox"/> ไม่ระบายเลย | |

(5) ปริมาณสารเคมี หรือสารสกัดชีวภาพที่ใช้

ปริมาณ หน่วย

1. คลอรีนอิสระ 10%

899.000 กิโลกรัม

(6) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

ระบบบำบัดน้ำเสีย

☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ

เครื่องสูบน้ำ

☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ

ระบบเติมอากาศ

☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ

เครื่องสูบลำตะกอน

☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(7) ปริมาณตะกอนส่วนเกินที่เกิดขึ้นจากระบบบำบัดน้ำเสียที่นำไปกำจัด 0.00 กิโลกรัม

(8) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข -

คำเตือน ๑. เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย หรือผู้รับจ้าง

ให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดไม่จัดเก็บสถิติ ข้อมูล หรือไม่ทำบันทึกหรือรายงาน

ตามมาตรา ๘๐ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท

หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๖

๒. ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียหรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดทำบันทึกหรือรายงาน

โดยแสดงข้อความอันเป็นเท็จ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกิน

หนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๗

รายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

๑. ข้อมูลทั่วไป

แหล่งกำเนิดมลพิษ ตั้งอยู่เลขที่ 151 หมู่ที่ 4 ซอย
 ถนน แขวง/ตำบล หนองแขม เขต/อำเภอ หนองแขม
 จังหวัด นนทบุรี โทรศัพท์ 027-279665 โทรสาร 037-279669
 มี น. โสภณภักดิ์พาณิชย์ จำกัด เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ
 ประกอบกิจการประเภท โรงพิมพ์
 ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) 021002461 ออกให้โดยกรมควบคุมมลพิษ หมดอายุ 31.03.2570

ในการนี้ขอรายงานสรุปผลการดำเนินงานของระบบบำบัดน้ำเสียของแหล่งกำเนิดมลพิษสำหรับ
 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566 ตามที่ได้กำหนดในมาตรา ๘๐ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริม
 และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ ในฐานะ

เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ

ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย

ใบอนุญาตเลขที่ 100-56-20105 หมดอายุ 2 กรกฎาคม 2568
 ออกให้โดย กรมโรงงานอุตสาหกรรม

ผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสีย

ใบอนุญาตเลขที่ หมดอายุ
 ออกให้โดย

๒. ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสีย และแหล่งรองรับน้ำทิ้ง

(๑) ประเภท/ชนิดของระบบบำบัดน้ำเสีย เต็มตามแผนผังสมมูล
 ความสามารถในการรองรับน้ำเสียของระบบบำบัดน้ำเสีย 150 ลบ.ม./วัน

(๒) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ☒ แบบต่อเนื่อง ๒๔ ชั่วโมง/วัน
☐ แบบไม่ต่อเนื่อง (ระบุ)

(๓) อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในระบบบำบัดน้ำเสีย ☒ เครื่องสูบน้ำ ☒ เครื่องเติมอากาศ
☐ เครื่องกวน/ผสมน้ำเสีย ☐ เครื่องกวน/ผสมสารเคมี
☒ เครื่องสูบลำโพง ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

(๔) แหล่งรองรับน้ำทิ้ง (ระบุ) แหล่งรับน้ำทิ้ง

(๕) วิธีจัดการตะกอนที่เกิดขึ้นจากระบบบำบัดน้ำเสียและวิธีการกำจัด

๓. สรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียเป็นรายเดือน

- (๑) ปริมาณการใช้ไฟฟ้าของระบบบำบัดน้ำเสีย (หน่วย) 300
- (๒) ปริมาณน้ำใช้ทุกกิจกรรมในแหล่งกำเนิดมลพิษ (ลบ.ม.) 2152
- (๓) ปริมาณน้ำเสียที่เข้าระบบบำบัดน้ำเสีย (ลบ.ม.) 1,707.6
- (๔) การระบายน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสีย ระบาย
- (๕) ปริมาณสารเคมีหรือสารสกัดชีวภาพที่ใช้ (ลิตรหรือกิโลกรัม) 10% 970 ลิตร
- (๖) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียและอุปกรณ์
- ระบบบำบัดน้ำเสีย ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องสูบน้ำ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องเติมอากาศ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องกวน/ผสมน้ำเสีย ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องกวน/ผสมสารเคมี ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องสูบละกอน ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - อื่นๆ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
- (๗) ปริมาณตะกอนส่วนเกินจากระบบบำบัดน้ำเสียที่นำไปกำจัด (ลบ.ม.)
- (๘) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

- คำเตือน ๑. เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย หรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดไม่จัดเก็บสถิติ ข้อมูล หรือไม่ทำบันทึกหรือรายงานตามมาตรา ๘๐ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๖
๒. ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียหรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดทำบันทึกหรือรายงานโดยแสดงข้อความอันเป็นเท็จ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๗

รายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

ชื่อแหล่งกำเนิดมลพิษ : โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 304 อินเตอร์

แหล่งกำเนิดมลพิษ ตั้งอยู่เลขที่ : 151

หมู่ที่ : 4

ซอย :

ถนน :

แขวง/ตำบล : กรอกสมบูรณ์

เขต/ตำบล : ศรีมหาโพธิ์

จังหวัด : ปราจีนบุรี

โทรศัพท์ : 037218654

โทรสาร : 037218656

มี : นายเด่นชัย ศรีจำพรั่ง เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ

ประกอบกิจการประเภท : โรงพยาบาล

ประเภทย่อย : ประเภท ก ตั้งแต่ 30 เตียง ขึ้นไป

ระบุจำนวนเตียง : 59

สังกัด : สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) : 10201013462

ออกให้โดย : สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

หมดอายุ : 31/12/2570

ในการนี้ ขอรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ของแหล่งกำเนิดมลพิษสำหรับ เดือน เมษายน พ.ศ. 2566

ตามที่ได้กำหนดในมาตรา 80 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 ในฐานะ

เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ

ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย

ใบอนุญาตเลขที่ 190-56-00105

หมดอายุ 2 กรกฎาคม 2566

ออกให้โดย รร.โรงพยาบาลจุฬารัตน์

ลงชื่อ _____ ผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสีย

ใบอนุญาตเลขที่ _____ หมดอายุ _____

ออกให้โดย _____

ข้อมูลเกี่ยวกับระบบน้ำเสีย และแหล่งรองรับน้ำทิ้ง

(1) ประเภท / ชนิดของระบบบำบัดน้ำเสีย

1. อื่นๆ ระบบ เติมน้ำอากาศแบบผิวสัมผัส

ความสามารถในการบำบัดน้ำเสีย

180.00 ลบ.ม./วัน

(2) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

[X] แบบต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง/วัน

[] แบบไม่ต่อเนื่อง (ระบุ)

(3) อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในระบบบำบัดน้ำเสีย

[X] เครื่องสูบน้ำ

[X] ระบบเติมน้ำอากาศ

[] เครื่องกวน/ผสมน้ำเสีย

[] เครื่องกวน/ผสมสารเคมี

[X] เครื่องสูบลตะกอน

[] อื่นๆ

[] อื่นๆ

[] อื่นๆ

(4) แหล่งรองรับน้ำทิ้ง (ระบุ) แหล่งน้ำสาธารณะ

(5) วิธีจัดการตะกอนที่เกิดขึ้นจากระบบบำบัดน้ำเสียและวิธีการกำจัด -

3. สรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียเป็นรายเดือน

(1) ปริมาณการใช้ไฟฟ้าของระบบบำบัดน้ำเสีย (หน่วย) 300.000 หน่วย

(2) ปริมาณน้ำใช้ในทุกกิจกรรมของแหล่งกำเนิดมลพิษ (ลบ.ม.) 2,152.000 ลบ.ม.

(3) ปริมาณน้ำเสียที่เข้าระบบบำบัดน้ำเสีย (ลบ.ม.) 1,708.600 ลบ.ม.

(4) การระบายน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสีย

<input checked="" type="checkbox"/> [X]	ระบายทุกวัน	
<input type="checkbox"/> []	ระบายบางวัน (ระบุจำนวนวันที่ระบาย)	วัน
<input type="checkbox"/> []	ไม่ระบายเลย	

(5) ปริมาณสารเคมี หรือสารสกัดชีวภาพที่ใช้

	ปริมาณ หน่วย
1. คลอรีนอิสระ 10%	870.000 กิโลกรัม

(6) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

ระบบบำบัดน้ำเสีย	<input checked="" type="checkbox"/> [X]	ปกติ	<input type="checkbox"/> []	ผิดปกติ
เครื่องสูบน้ำ	<input checked="" type="checkbox"/> [X]	ปกติ	<input type="checkbox"/> []	ผิดปกติ
ระบบเติมอากาศ	<input checked="" type="checkbox"/> [X]	ปกติ	<input type="checkbox"/> []	ผิดปกติ
เครื่องสูบลบตะกอน	<input checked="" type="checkbox"/> [X]	ปกติ	<input type="checkbox"/> []	ผิดปกติ

(7) ปริมาณตะกอนส่วนเกินที่เกิดขึ้นจากระบบบำบัดน้ำเสียที่นำไปกำจัด 0.00 กิโลกรัม

(8) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข -

คำเตือน ๑. เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย หรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดไม่จัดเก็บสถิติ ข้อมูล หรือไม่ทำบันทึกหรือรายงานตามมาตรา ๘๐ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๖

๒. ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียหรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดทำบันทึกหรือรายงานโดยแสดงข้อความอันเป็นเท็จ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๗

แบบบันทึกรายละเอียดของสถิติและข้อมูลซึ่งแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย
ของแหล่งกำเนิดมลพิษ

แหล่งกำเนิดมลพิษ ตั้งอยู่เลขที่ 151 หมู่ที่ 4 ซอย
ถนน แขวง/ตำบล กรุงเทพมหานคร เขต/อำเภอ กรุงเทพมหานคร
จังหวัด กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ 097-139-665 โทรสาร 097-239669
มี พ. โรงพยาบาลศิริราช คณะสัตวแพทยศาสตร์ เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ
ประกอบกิจการประเภท โรงพยาบาล
ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) ๐๙๐๔๔๖๑ ออกให้โดย กรุงเทพมหานคร ๓๑ ธ.ค. ๒๕๖๐
ซึ่งมีแผนผังแสดงการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ดังนี้

ได้จัดเก็บสถิติและข้อมูลแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียปรากฏตามตาราง ดังนี้

วัน เดือน ปี	สถิติและข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งกำเนิดมลพิษ														ลายมือชื่อ ผู้บันทึก
	ปริมาณ การใช้ไฟฟ้า ของระบบ บำบัด น้ำเสีย (หน่วย)	ปริมาณ น้ำใช้ ในทุกกิจกรรม ของ แหล่งกำเนิด มลพิษ (ลบ.ม.)	ปริมาณ น้ำเสีย ที่เข้า ระบบ บำบัด น้ำเสีย (ลบ.ม.)	การระบาย น้ำทิ้งจาก ระบบบำบัด น้ำเสีย (ระบาย/ ไม่ระบาย)	ปริมาณ สารเคมีหรือ สารสกัด ชีวภาพที่ใช้ (ชื่อ/ปริมาณ) (ลิตรหรือ กิโลกรัม)	การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย							ปริมาณ ตะกอน ส่วนเกิน ที่เกิดขึ้นจาก ระบบบำบัด น้ำเสียที่นำไป กำจัด (ลบ.ม.)	ปัญหา อุปสรรค และแนวทาง แก้ไข	
						ระบบบำบัด น้ำเสีย (ปกติ/ผิดปกติ)	เครื่องสูบน้ำ (ปกติ/ผิดปกติ)	เครื่องเติมอากาศ (ปกติ/ผิดปกติ)	เครื่องกวน/ ผสมน้ำเสีย (ปกติ/ผิดปกติ)	เครื่องกวน/ ผสมสารเคมี (ปกติ/ผิดปกติ)	เครื่องสูบลบ ตะกอน (ปกติ/ ผิดปกติ)	อื่น ๆ (ระบุ) (ปกติ/ ผิดปกติ)			
1-5-66	10	59	47.2	50.7X	29 ลิตร	ปกติ	ปกติ	ปกติ	-	-	ปกติ	-	-	-	
2-5-66	10	75	60	50.7X	29 ลิตร	ปกติ	ปกติ	ปกติ	-	-	ปกติ	-	-	-	
3-5-66	10	73	51.4	50.7X	29 ลิตร	ปกติ	ปกติ	ปกติ	-	-	ปกติ	-	-	-	
4-5-66	10	68	54.4	50.7X	29 ลิตร	ปกติ	ปกติ	ปกติ	-	-	ปกติ	-	-	-	
5-5-66	10	72	69.6	50.7X	29 ลิตร	ปกติ	ปกติ	ปกติ	-	-	ปกติ	-	-	-	
6-5-66	10	68	54.4	50.7X	29 ลิตร	ปกติ	ปกติ	ปกติ	-	-	ปกติ	-	-	-	
7-5-66	10	62	49.6	50.7X	29 ลิตร	ปกติ	ปกติ	ปกติ	-	-	ปกติ	-	-	-	
8-5-66	10	79	69.2	50.7X	29 ลิตร	ปกติ	ปกติ	ปกติ	-	-	ปกติ	-	-	-	
9-5-66	10	68	54.4	50.7X	29 ลิตร	ปกติ	ปกติ	ปกติ	-	-	ปกติ	-	-	-	
10-5-66	10	74	59.2	50.7X	29 ลิตร	ปกติ	ปกติ	ปกติ	-	-	ปกติ	-	-	-	
11-5-66	10	73	62.4	50.7X	29 ลิตร	ปกติ	ปกติ	ปกติ	-	-	ปกติ	-	-	-	
12-5-66	10	71	56.3	50.7X	29 ลิตร	ปกติ	ปกติ	ปกติ	-	-	ปกติ	-	-	-	
13-5-66	10	64	51.2	50.7X	29 ลิตร	ปกติ	ปกติ	ปกติ	-	-	ปกติ	-	-	-	
14-5-66	10	47	37.1	50.7X	29 ลิตร	ปกติ	ปกติ	ปกติ	-	-	ปกติ	-	-	-	
15-5-66	10	72	57.6	50.7X	29 ลิตร	ปกติ	ปกติ	ปกติ	-	-	ปกติ	-	-	-	
16-5-66	10	68	54.4	50.7X	29 ลิตร	ปกติ	ปกติ	ปกติ	-	-	ปกติ	-	-	-	

160 1102 779.60

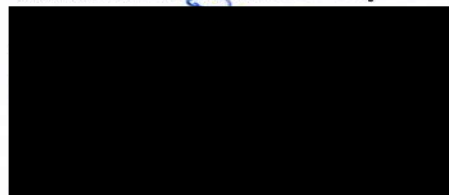
464

[illegible]

หมายเหตุ ๑. ให้กรอกสถิติและข้อมูลเฉพาะในกรณีที่มีสถิติและข้อมูลนั้น ๆ ในแต่ละวัน

๒. ในกรณีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีการติดตั้งเครื่องตรวจวัดคุณภาพน้ำทั้งแบบอัตโนมัติ ให้แนบผลการตรวจวัดคุณภาพน้ำทั้งทุกวันแยกตามพารามิเตอร์ที่ตรวจวัด
และทำการสรุปผลเป็นสถิติและข้อมูลรายเดือน

ขอรับรองว่าการบันทึกสถิติและข้อมูลตามตารางข้างต้นถูกต้องทุกประการ



.. เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ

.. ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย

ใบอนุญาตเลขที่ 100-56-00105 หมดอายุ 2 กรกฎาคม 2568

ออกให้โดย นายวิชาญ วัฒนารม
..... ผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสีย

(.....)

ใบอนุญาตเลขที่ หมดอายุ

ออกให้โดย

แบบบันทึกรายละเอียดของสถิติและข้อมูลซึ่งแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย
ของแหล่งกำเนิดมลพิษ

แหล่งกำเนิดมลพิษ ตั้งอยู่เลขที่ 151 หมู่ที่ 4 ซอย
ถนน แขวง/ตำบล กรอกสมบุญ เขต/อำเภอ ชลบุรี
จังหวัด ภูเก็ต โทรศัพท์ 037-239-665 โทรสาร 037-239669
มี พ. วัฒนาศาสตร์ อุตสาหกรรม จำกัด เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ
ประกอบกิจการประเภท โรงงานผลิต
ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) 021002461 ออกให้โดย กระทรวงอุตสาหกรรม 31 ปี 2570
ซึ่งมีแผนผังแสดงการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ดังนี้

ได้จัดเก็บสถิติและข้อมูลแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียปรากฏตามตาราง ดังนี้

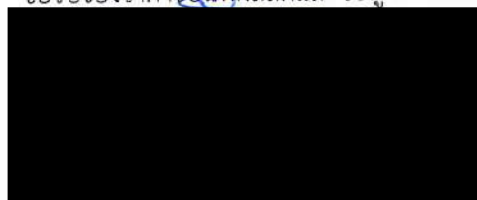
[illegible]

[illegible]

หมายเหตุ ๑. ให้กรอกสถิติและข้อมูลเฉพาะในกรณีที่มีสถิติและข้อมูลนั้น ๆ ในแต่ละวัน

๒. ในกรณีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีการติดตั้งเครื่องตรวจวัดคุณภาพน้ำทิ้งแบบอัตโนมัติ ให้แนบผลการตรวจวัดคุณภาพน้ำทิ้งทุกวันแยกตามพารามิเตอร์ที่ตรวจวัด
และทำการสรุปผลเป็นสถิติและข้อมูลรายเดือน

ขอรับรองว่าการบันทึกสถิติและข้อมูลตามตารางข้างต้นถูกต้องทุกประการ



เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ

ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย

ใบอนุญาตเลขที่ 100-56-00105 หมดอายุ 2 กรกฎาคม 2568

ออกให้โดย นายวิชาญ ศรีสานทร

ผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสีย

(.....)

ใบอนุญาตเลขที่ หมดอายุ

ออกให้โดย

รายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

๑. ข้อมูลทั่วไป

แหล่งกำเนิดมลพิษ ตั้งอยู่เลขที่ 191 หมู่ที่ 4 ซอย
 ถนน แขวง/ตำบล 1501.สมนาคร เขต/อำเภอ ศรีนครินทร์
 จังหวัด กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ 097-239665 โทรสาร 097-239669
 มี ต.โรงพยาบาลศิริราช อว.เน. อภค เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ
 ประกอบกิจการประเภท โรงหลอมเหล็ก
 ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) 021002461 ออกให้โดย กรุงเทพมหานคร หมดอายุ 31 ธ.ค. 2570

ในการนี้ขอรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียของแหล่งกำเนิดมลพิษสำหรับ
 เดือน มิ.ย. พ.ศ. 2566 ตามที่ได้กำหนดในมาตรา ๘๐ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริม
 และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ ในฐานะ

..... เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ
 (...)
 ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย
 (...)

ใบอนุญาตเลขที่ 10-56-00105 หมดอายุ 2 กรกฎาคม 2569

ออกให้โดย กรุงเทพมหานคร

..... ผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสีย

(.....)

ใบอนุญาตเลขที่ หมดอายุ

ออกให้โดย

๒. ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสีย และแหล่งรองรับน้ำทิ้ง

(๑) ประเภท/ชนิดของระบบบำบัดน้ำเสีย เหมืองแร่แบบมือสมัคร
 ความสามารถในการรองรับน้ำเสียของระบบบำบัดน้ำเสีย 180 ลบ.ม./วัน

(๒) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ☒ แบบต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง/วัน

☐ แบบไม่ต่อเนื่อง (ระบุ)

(๓) อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในระบบบำบัดน้ำเสีย ☒ เครื่องสูบน้ำ ☒ เครื่องเติมอากาศ

☐ เครื่องกวน/ผสมน้ำเสีย ☐ เครื่องกวน/ผสมสารเคมี

☒ เครื่องสูบลำโพง ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

(๔) แหล่งรองรับน้ำทิ้ง (ระบุ) แหล่งน้ำสาธารณะ

(๕) วิธีจัดการตะกอนที่เกิดขึ้นจากระบบบำบัดน้ำเสียและวิธีการกำจัด

๓. สรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียเป็นรายเดือน

- (๑) ปริมาณการใช้ไฟฟ้าของระบบบำบัดน้ำเสีย (หน่วย) 300
- (๒) ปริมาณน้ำใช้ทุกกิจกรรมในแหล่งกำเนิดมลพิษ (ลบ.ม.) 2260
- (๓) ปริมาณน้ำเสียที่เข้าระบบบำบัดน้ำเสีย (ลบ.ม.) 1747.2
- (๔) การระบายน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสีย 5 เท่า
- (๕) ปริมาณสารเคมีหรือสารสกัดชีวภาพที่ใช้ (ลิตรหรือกิโลกรัม) ๓๗๐ ลิตร คิด 10% 370 ลิตร
- (๖) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียและอุปกรณ์
- ระบบบำบัดน้ำเสีย ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องสูบน้ำ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องเติมอากาศ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องกวน/ผสมน้ำเสีย ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องกวน/ผสมสารเคมี ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องสูบลำโพง ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - อื่นๆ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
- (๗) ปริมาณตะกอนส่วนเกินจากระบบบำบัดน้ำเสียที่นำไปกำจัด (ลบ.ม.) -
- (๘) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข -

- คำเตือน ๑. เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย หรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดไม่จัดเก็บสถิติ ข้อมูล หรือไม่ทำบันทึกหรือรายงานตามมาตรา ๘๐ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๖
๒. ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียหรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดทำบันทึกหรือรายงานโดยแสดงข้อความอันเป็นเท็จ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๗

รายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

ชื่อแหล่งกำเนิดมลพิษ : โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 304 อินเตอร์

แหล่งกำเนิดมลพิษ ตั้งอยู่เลขที่ : 151

หมู่ที่ : 4

ซอย :

ถนน :

แขวง/ตำบล : กรอกสมบุญ

เขต/ตำบล : ศรีมหาโพธิ์

จังหวัด : ปราจีนบุรี

โทรศัพท์ : 037218654

โทรสาร : 037218656

มี : นายเด่นชัย ศรีจำพรั่ง เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ

ประกอบกิจการประเภท : โรงพยาบาล

ประเภทย่อย : ประเภท ก ตั้งแต่ 30 เตียง ขึ้นไป ระบุจำนวนเตียง : 59

สังกัด : สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) : 10201013462

ออกให้โดย : สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ หมดอายุ : 31/12/2570

ในการนี้ ขอรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ของแหล่งกำเนิดมลพิษสำหรับ เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566

ตามที่ได้กำหนดในมาตรา 80 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 ในฐานะ

เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ

ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย

ใบอนุญาตเลขที่ 100-56-00105 หมดอายุ 21/12/2569

ออกให้โดย 15/12/2569

ลงชื่อ ผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสีย

ใบอนุญาตเลขที่ หมดอายุ

ออกให้โดย

2. ข้อมูลเกี่ยวกับระบบน้ำเสีย และแหล่งรองรับน้ำทิ้ง

(1) ประเภท / ชนิดของระบบบำบัดน้ำเสีย

1. อื่นๆ ระบุ เติมอากาศแบบผิวสัมผัส

ความสามารถในการบำบัดน้ำเสีย

180.00 ลบ.ม./วัน

(2) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

[X] แบบต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง/วัน

[] แบบไม่ต่อเนื่อง (ระบุ)

(3) อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในระบบบำบัดน้ำเสีย

[X] เครื่องสูบน้ำ

[X] ระบบเติมอากาศ

[] เครื่องกวน/ผสมน้ำเสีย

[] เครื่องกวน/ผสมสารเคมี

[X] เครื่องสูบทะกอน

[] อื่นๆ

[] อื่นๆ

[] อื่นๆ

(4) แหล่งรองรับน้ำทิ้ง (ระบุ) แหล่งน้ำสาธารณะ

(5) วิธีจัดการตะกอนที่เกิดขึ้นจากระบบบำบัดน้ำเสียและวิธีการกำจัด -

3. สรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียเป็นรายเดือน

(1) ปริมาณการใช้ไฟฟ้าของระบบบำบัดน้ำเสีย (หน่วย)

300.000 หน่วย

(2) ปริมาณน้ำใช้ในทุกกิจกรรมของแหล่งกำเนิดมลพิษ (ลบ.ม.)

2,260.000 ลบ.ม.

(3) ปริมาณน้ำเสียที่เข้าระบบบำบัดน้ำเสีย (ลบ.ม.)

1,747.200 ลบ.ม.

(4) การระบายน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสีย

☒ ระบายทุกวัน

☐ ระบายบางวัน (ระบุจำนวนวันที่ระบาย)

วัน

☐ ไม่ระบายเลย

(5) ปริมาณสารเคมี หรือสารสกัดชีวภาพที่ใช้

ปริมาณ หน่วย

1. คลอรีนอิสระ

870.000 กิโลกรัม

(6) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

ระบบบำบัดน้ำเสีย

☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ

เครื่องสูบน้ำ

☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ

ระบบเติมอากาศ

☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ

เครื่องสูบลำโพง

☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(7) ปริมาณตะกอนส่วนเกินที่เกิดขึ้นจากระบบบำบัดน้ำเสียที่นำไปกำจัด 0.00 กิโลกรัม

(8) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข -

คำเตือน ๑. เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย หรือผู้รับจ้าง

ให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดไม่จัดเก็บสถิติ ข้อมูล หรือไม่ทำบันทึกหรือรายงาน

ตามมาตรา ๘๐ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท

หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๖

๒. ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียหรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดทำบันทึกหรือรายงาน

โดยแสดงข้อความอันเป็นเท็จ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกิน

หนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๑๐๗

7-4 บันทึกการขนส่งขยะมูลฝอยติดเชื่อ

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/1 ต้นฉบับสำหรับโรงพยาบาล (สีฟ้า)

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ บริษัท เทรนด์ อินเตอร์เทรด จำกัด

โทรศัพท์ 02-454-8040

ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10 °C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ

เลขทะเบียน 1 ขบ 5596 ชื่อคนขับรถ

โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน

โทรศัพท์

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และ
ฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อ จนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
16/6/66	ร.พ. พชรวิภาดา	09.50	10.30	411		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง

ลายเซ็น

สถานที่กำจัด : ที่อยู่

โทรศัพท์ โทรสาร

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ.....กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....ว.ด.ป.....ที่รับมอบ

ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิเนย์ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

เวลารับ..... 09.50

วันที่..... 16-6-66

ทะเบียนรถ..... 1 มอ 5596

เวลาออก..... 10.30

ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ	ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ
1	45		11		
2	17		12		
3	16		13		
4	19		14		
5	25		15		
6	20		16		
7	17		17		
8			18		
9			19		
10			20		

สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น..... 159 กิโลกรัม

บริษัทฯ ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค

☒ ได้ทำเรียบร้อยแล้ว ☐ ไม่ได้ทำ เพราะ.....

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิเนย์ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

ลงชื่อ.....

()

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ลงชื่อ.....

()

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ใบบันทึกน้ำหนักมูลฝอยอันตราย

โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิเทพย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

วันที่ 16-6-66

เวลาเข้า 09.50

เวลาออก 10.30

ลำดับ	หลอดไฟ/เสื่อมสภาพ	ลำดับ	กระป๋องที่มีใช้ยาฆ่าแมลง	ลำดับ	ถ่านไฟฉาย	ลำดับ	แบตเตอรี่	ลำดับ	ภาชนะเปล่าปนเปื้อนสารเคมี	ลำดับ	ยาหมดอายุ	ลำดับ	ยาเคมี
1		1		1		1	6	1	31	1		1	
2		2		2		2		2	13	2		2	
3		3		3		3		3	18	3		3	
4		4		4		4		4	12	4		4	
5		5		5		5		5	7	5		5	
6		6		6		6		6	15	6		6	
7		7		7		7		7	12	7		7	
8		8		8		8		8	11	8		8	
9		9		9		9		9	20	9		9	
10		10		10		10		10	12	10		10	
11		11		11		11		11	10	11		11	
12		12		12		12		12	18	12		12	
13		13		13		13		13	14	13		13	
14		14		14		14		14	1	14		14	
15		15		15		15		15	16	15		15	
16		16		16		16		16	18	16		16	
17		17		17		17		17	8	17		17	
18		18		18		18		18		18		18	
19		19		19		19		19		19		19	
20		20		20		20		20		20		20	

รวมปริมาณทั้งสิ้น 252 กิโลกรัม

ศูนย์ ProHAM รับจาก

โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิเทพย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

() ผู้รับของ

เจ้าหน้าที่ศูนย์ ProHAM

() ผู้ส่งของ

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/1 ต้นฉบับสำหรับโรงพยาบาล (สีฟ้า)

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ บริษัท เทรนด์ อินเตอร์เทรด จำกัด

โทรศัพท์ 02-454-8040

ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10 °C หรือต่ำกว่าได้☐ 2. อื่นๆ ระบุ

เลขทะเบียน 2 ตช. 9780

ชื่อคนขับรถ

โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน

โทรศัพท์

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อ จนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
21/6/66	รพ. สุราษฎร์ธานี อ.ค.พ.	06.50	07.100	305		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง

ลายเซ็น

สถานที่กำจัด :

ที่อยู่

โทรศัพท์

โทรสาร

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ.....กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง

ลายเซ็น

ว.ด.ป.

ที่รับมอบ

ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากาศย์ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

วันที่ 21 - 6 - 66

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

ทะเบียนรถ 2 คค 9780

เวลารับ 06.50

เวลาออก 07.00

ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ	ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ
1	22		11	21	
2	25		12	24	
3	26		13	30	
4	21		14	15	
5	10		15	15	
6	15		16		
7	20		17		
8	14		18		
9	25		19		
10	22		20		

สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น 305 กิโลกรัม

บริษัทฯ ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค



ได้ทำเรียบร้อยแล้ว



ไม่ได้ทำ เพราะ.....

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากาศย์ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

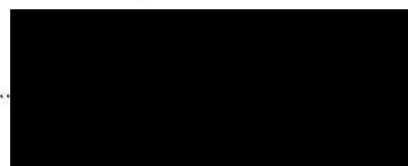
ลงชื่อ.....



()

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ลงชื่อ.....



()

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตข.01/1 ต้นฉบับสำหรับโรงพยาบาล (สีฟ้า)

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ บริษัท เทรนด์ อินเตอร์เทรด จำกัด

โทรศัพท์ 02-454-8040

ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10 °C หรือต่ำกว่าได้ ☒ 2. อื่นๆ ระบุ

เลขทะเบียน 1 ขน 5596 ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์.....

ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และ
ฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อ จนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
27/12/2564	รพ.วัดราชบพิธสถิตมหาสีมาราม	08:30	08:40	120		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น.....

สถานที่กำจัด :ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป.ที่รับมอบ

ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิเทพย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

เวลารับ..... 08.30

วันที่..... 7/7/66

ทะเบียนรถ..... 1๗๕5596

เวลาออก..... 08.40

ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ	ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ
1	18		11		
2	14		12		
3	23		13		
4	24		14		
5	21		15		
6	20		16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น..... 120 กิโลกรัม

บริษัทฯ ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค

☒ ได้ทำเรียบร้อยแล้ว
 ☐ ไม่ได้ทำ เพราะ.....

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิเทพย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

ลงชื่อ.....

()

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ลงชื่อ.....

()

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/1 ต้นฉบับสำหรับโรงพยาบาล (สีฟ้า)

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ บริษัท เทรนด์ อินเตอร์เทรด จำกัด

โทรศัพท์ 02-454-8040

ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10 °C หรือต่ำกว่าได้

☐ 2. อื่นๆ ระบุ

เลขทะเบียน 2 คค 9780

ชื่อคนขับรถ

โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน

โทรศัพท์

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อ จนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
12/7/66	รพ.จุฬารัตน์ ๓๓	07.00	07.25	326		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง

ลายเซ็น

สถานที่กำจัด :

ที่อยู่

โทรศัพท์

โทรสาร

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ

กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง

ลายเซ็น

ว.ด.ป.

ที่รับมอบ

ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิเนย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

วันที่ 12-7-66

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

ทะเบียนรถ 2 พค 9780

เวลารับ 07.00

เวลาออก 07.26

ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ	ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ
1	21		11	18	
2	32		12	23	
3	21		13	20	
4	22		14	19	
5	29		15	20	
6	18		16		
7	19		17		
8	15		18		
9	22		19		
10	27		20		

สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น 326 กิโลกรัม

บริษัทฯ ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค



ได้ทำเรียบร้อยแล้ว



ไม่ได้ทำ เพราะ.....

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิเนย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

ลงชื่อ.....

(



)

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ลงชื่อ.....

(



)

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/1 ต้นฉบับสำหรับโรงพยาบาล (สีฟ้า)

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ บริษัท เทรนด์ อินเทอร์เน็ต จำกัด โทรศัพท์ 02-454-8040
 ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10 °C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ
 เลขทะเบียน 10มข-5596 ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์.....
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และ
 ฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อ จนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
4/4/66	ร.พ.พชรรัตนอาศรม	08.35	08.50	124		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น.....

สถานที่กำจัด : ที่อยู่.....
 โทรศัพท์..... โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป. ที่รับมอบ

ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิชนัย จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

วันที่ 14 / 7 / 66

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

ทะเบียนรถ 1 200 5396

เวลารับ 07.35

เวลาออก 08.50

ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ	ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ
1	21		11		
2	22		12		
3	15		13		
4	20		14		
5	19		15		
6	27		16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น 124 กิโลกรัม

บริษัทฯ ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค

☒ ได้ทำเรียบร้อยแล้ว ☐ ไม่ได้ทำ เพราะ

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิชนัย จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

ลงชื่อ

ลงชื่อ

()

()

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ดช.01/1 ดัชนีฉบับสำหรับโรงพยาบาล (สีฟ้า)

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ บริษัท เทรนด์ อินเตอร์เทรด จำกัด

โทรศัพท์ 02-454-8040

ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้

☐ 2. อื่นๆ ระบุ

เลขทะเบียน 2 ทท 9980 ชื่อคนขับรถ.....

โทรศัพท์.....

ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อ จนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
19/7/66	พ. จุฑารัตน์ อคทผ	07.00	07.30	287		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น.....

สถานที่กำจัด : ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป. ที่รับมอบ

ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิเรก จำกัด จังหวัดปทุมธานี

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

เวลาเริ่ม..... 07.00

วันที่ 19-7-66

ทะเบียนรถ 2 พค 9980

เวลาออก..... 07.30

ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ	ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ
1	16		11	22	
2	24		12	34	
3	22		13	27	
4	16		14		
5	28		15		
6	19		16		
7	25		17		
8	13		18		
9	19		19		
10	22		20		

สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น..... 287 กิโลกรัม

บริษัทฯ ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค



ได้ทำเรียบร้อยแล้ว



ไม่ได้ทำ เพราะ.....

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิเรก จำกัด จังหวัดปทุมธานี

ลงชื่อ.....



()

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ลงชื่อ.....



()

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตข.01/1 ต้นฉบับสำหรับโรงพยาบาล (สีฟ้า)

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ บริษัท เทิร์นดี อินเทอร์เน็ต จำกัด

โทรศัพท์ 02-454-8040

ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10 °C หรือต่ำกว่าได้☐ 2. อื่นๆ ระบุ

เลขทะเบียน 100025596 ชื่อคนขับรถ

โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน

โทรศัพท์

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อ จนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
21/7/66	ร.พ.นครสวรรค์	09.45	10.15	424		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง

ลายเซ็น

สถานที่กำจัด : ที่อยู่

โทรศัพท์ โทรสาร

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง ลายเซ็น ว.ด.ป. ที่รับมอบ

ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิเรก จำกัด จังหวัดปทุมธานี

วันที่ 21/9/65

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

ทะเบียนรถ 1 ๒๒๕๕๙๖

เวลาเริ่ม 09.45

เวลาออก 10.15

ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ	ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ
1	19		11		
2	20		12		
3	22		13		
4	19		14		
5	26		15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น 106 กิโลกรัม

บริษัท ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค



ได้ทำเรียบร้อยแล้ว



ไม่ได้ทำ เพราะ

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิเรก จำกัด จังหวัดปทุมธานี

ลงชื่อ.....

()

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ลงชื่อ.....

()

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ใบบันทึกน้ำหนักมูลฝอยอันตราย

โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากาศย์ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

วันที่ 21/7/66

เวลาเข้า 09.45

เวลาออก

ลำดับ	หลอดไฟ/เสื่อมสภาพ	ลำดับที่	กระป๋องที่มีโซดาฟอสแมลง	ลำดับที่	ถ่านไฟฉาย	ลำดับที่	แบตเตอรี่	ลำดับที่	ภาชนะเปล่าปนเบื้อนสารเคมี	ลำดับที่	ยาหมดอายุ	ลำดับที่	ตลับหมึก
1		1		1		1	16	1	21	1		1	
2		2		2		2		2	13	2		2	
3		3		3		3		3	13	3		3	
4		4		4		4		4	17	4		4	
5		5		5		5		5	25	5		5	
6		6		6		6		6	14	6		6	
7		7		7		7		7	14	7		7	
8		8		8		8		8	15	8		8	
9		9		9		9		9	12	9		9	
10		10		10		10		10	20	10		10	
11		11		11		11		11	11	11		11	
12		12		12		12		12	12	12		12	
13		13		13		13		13	15	13		13	
14		14		14		14		14	23	14		14	
15		15		15		15		15	17	15		15	
16		16		16		16		16	15	16		16	
17		17		17		17		17	8	17		17	
18		18		18		18		18	25	18		18	
19		19		19		19		19	12	19		19	
20		20		20		20		20		20		20	

รวมปริมาณทั้งสิ้น 318 กิโลกรัม

ศูนย์ ProHAM รับจาก

โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากาศย์ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

() ผู้รับของ

เจ้าหน้าที่ศูนย์ ProHAM

() ผู้ส่งของ

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลฯ

7-5 โครงการแบ่งปันความรู้ด้านการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ชื่อโครงการ : โครงการแบ่งปันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ผู้รับผิดชอบโครงการ : คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1. หลักการและเหตุผล

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันและลดความเสี่ยงของผู้รับบริการ ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งหากมีการติดเชื้อในโรงพยาบาลก็นำไปสู่การเจ็บป่วย ทุพพลภาพ จนกระทั่งเกิดการสูญเสียชีวิต มีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศได้

คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้เห็นความสำคัญต่อการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงได้จัดกิจกรรมการแบ่งปันความรู้เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการและบุคลากรมีความปลอดภัย

2. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล สู่การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ

3. กลุ่มเป้าหมาย

3.1 บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์, เภสัชกร, พนักงานผู้ช่วยเภสัชกร, พยาบาล, พนักงานผู้ช่วยพยาบาล, พนักงานผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย, นักเทคนิคการแพทย์, พนักงานผู้ช่วยนักเทคนิคการแพทย์, นักกายภาพบำบัด, นักโภชนาการ, นักรังสีเทคนิค, พนักงานผู้ช่วยนักรังสีเทคนิค, เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่รถพยาบาล

3.2 ฝ่ายสนับสนุน ได้แก่ แม่บ้าน, เจ้าหน้าที่ห้องผ้า, เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย

4. ระยะเวลาในการจัดงาน

วันที่ 10, 14, ตุลาคม 2565

- เวลา 09.00 – 16.00 น. (รับฟังบรรยายและกิจกรรมเข้าฐาน)

5. สถานที่จัดงาน

ห้องอบรมชั้น 7 อาคาร 2 โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 304 อินเตอร์

6. รูปแบบการจัดงาน

6.1 การบรรยายให้ความรู้

6.2 บอร์ดนิทรรศการให้ความรู้

6.3 การร่วมฝึกปฏิบัติจริงตามฐานต่างๆ ทั้งหมด 4 ฐาน ดังนี้

- การล้างมือ
- การสวมและถอดชุดเครื่องป้องกัน
- การป้องกันการติดเชื้อตามวิถีของการแพร่กระจายเชื้อ
- การคัดแยกขยะ

7. งบประมาณ

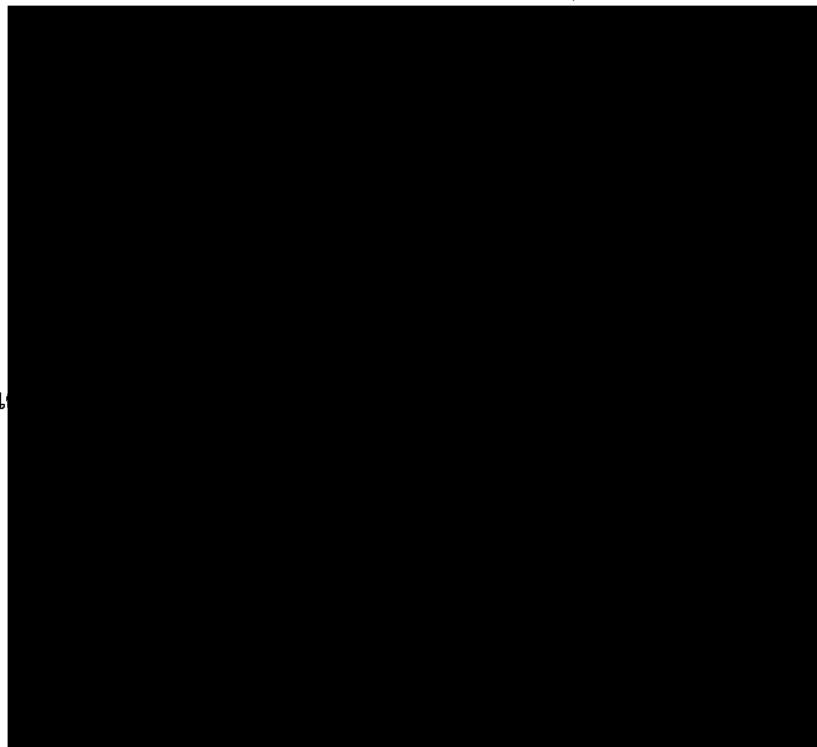
7.1 ค่าการทำบอร์ดิ๊งรศการ	จำนวนเงิน 3,000 บาท
7.2 ค่าของรางวัล	จำนวนเงิน 2,000 บาท
7.3 ค่าอาหารเบรก (240 คน x 30 บาท)	จำนวนเงิน 7,200 บาท
7.4 ค่าถ่ายเอกสาร	จำนวนเงิน 1,000 บาท
รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด	จำนวนเงิน 13,200 บาท

8. การประเมินผล

- 8.1 จำนวนผู้เข้าร่วมอบรม $\geq 80 \%$
- 8.2 การทำคะแนน Post test ผ่านเกณฑ์ $\geq 95 \%$ (ผ่านเกณฑ์คะแนนสอบ 60 % ขึ้นไป)
- 8.3 ความพึงพอใจในการจัดงาน $\geq 80 \%$

9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 9.1 ผู้เข้าร่วมอบรมได้รับความรู้ในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 9.2 ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง
- 9.3 ผู้เข้าร่วมอบรมมีความตระหนักในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมากขึ้น



ลงชื่อ...

ผู้อำนวยการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ 304 อินเตอร์

ใบลงทะเบียนและใบนำส่งรายงานการจัดอบรม / สัมมนา

ชื่อหลักสูตร : โครงการแข่งขันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เนื้อหาโดยย่อ : เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์

วันที่ : 10 ตุลาคม 2565 เวลา : 09.00 - 16.00 น.

ประเภทการฝึกอบรม : ☒ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายใน

☐ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายนอก

☐ ปฐมนิเทศ

☐ OJT

ลำดับ	รหัสพนักงาน	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วย / แผนก	เวลาเข้า		เวลาออก		สำหรับผู้ประเมินผลการฝึกอบรม		หมายเหตุ
						เวลา	ลายเซ็น	เวลา	ลายเซ็น	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
1				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	ER							
2				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	ER	09.00		12.00		✓		
3				หัวหน้าหน่วย	ER	09.00		12.00		✓		
4				ผู้ช่วยพยาบาล	ER					✓		
5				พยาบาล	ICU					✓		
6				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	ICU							
7				พยาบาล	ICU					✓		
8				ผู้ช่วยพยาบาล	ICU					✓		
9				ผู้ช่วยพยาบาล	OPD-อายุรกรรม					✓		
10				หัวหน้าหน่วย	OPD-อายุรกรรม	8.00		16.00		✓		
11				พยาบาล	OPD-อายุรกรรม	9.00		12.00		✓		
12				พยาบาล	OPD-อายุรกรรม					✓		
13				หัวหน้าหน่วย	OPD-กุมารเวช	9.00		12.00		✓		
14				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	OPD-กุมารเวช	9.00		12.00		✓		
15				ผู้ช่วยพยาบาล	OPD-ปศส.					✓		
16				พยาบาล	OPD-ปศส.					✓		

☒ บันทึกประวัติฝึกอบรม วันที่10/10/2565.....

ผู้จัดอบรมและประเมินผล

ลงชื่อ

ใบลงทะเบียนและใบนำส่งรายงานการจัดอบรม / สัมมนา

ชื่อหลักสูตร : โครงการแบ่งปันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เนื้อหาโดยย่อ : เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์

วันที่ : 14 ตุลาคม 2565 เวลา : 09.00 - 16.00 น.

ประเภทการฝึกอบรม : ☒ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายใน

☐ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายนอก

☐ ปฐมนิเทศ

☐ OJT

ลำดับ	รหัสพนักงาน	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วย / แผนก	เวลาเข้า		เวลาออก		ตัวรับผู้ประเมินผลการฝึกอบรม		หมายเหตุ
						เวลา	ลายเซ็น	เวลา	ลายเซ็น	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
33				พยาบาล	WARD6							staff
34				ผู้ช่วยพยาบาล	WARD ปกส	09.00น.				✓		
35				พยาบาล	WARD ปกส	09.00				✓		
36				พยาบาล	WARD ปกส	09.00น.				✓		
37				เจ้าหน้าที่	เปล	09.00						
38				เจ้าหน้าที่	เปล	09.00						
39				เจ้าหน้าที่	เปล	09.00		16.00				
40				เจ้าหน้าที่	เปล	09.00						
41				เจ้าหน้าที่	Ambulance	09.00		16.00				
42				พนักง.ผู้ช่วยฯทันตกรรม	ทันตกรรม	09.00		16.00				
43				พนักง.ผู้ช่วยฯทันตกรรม	ทันตกรรม							
44				พยาบาล	UR NURSE					✓		
45				พนักงานผู้ช่วยฯวิชาชีพ	ฉายภาพป้าบ็ค	09.00น.						
46				พนักง.ผู้ช่วยฯLAB	LAB	12.00						
47				พนักง.ผู้ช่วยฯLAB	LAB	12.00						
48				รังสีเทคนิค	X-RAY	9.00						

☒ บันทึกประวัติฝึกอบรม วันที่14/10/2565.....

ผู้จัดอบรมและประเมินผล

ลงชื่อ

ใบลงทะเบียนและใบนำส่งรายงานการจัดอบรม / สัมมนา

ชื่อหลักสูตร : โครงการแบ่งปันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เนื้อหาโดยย่อ : เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์

วันที่ : 14 ตุลาคม 2565 เวลา : 09.00 - 16.00 น.

ประเภทการฝึกอบรม : ☒ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายใน

☐ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายนอก

☐ ปฐมนิเทศ

☐ OJT

ลำดับ	รหัสพนักงาน	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วย / แผนก	เวลาเข้า		เวลาออก		สำหรับผู้ประเมินผลการฝึกอบรม		หมายเหตุ
						เวลา	ลายเซ็น	เวลา	ลายเซ็น	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
49				พนัก.ผู้ช่วยฯ X-Ray	X-RAY							
50				พนัก.ผู้ช่วยฯ เกล็ดขกร	เกล็ดขกรรวม							
51				พนัก.ผู้ช่วยฯ เกล็ดขกร	เกล็ดขกรรวม							
52				พนัก.ผู้ช่วยฯ เกล็ดขกร	เกล็ดขกรรวม							
53				พนัก.ผู้ช่วยฯ เกล็ดขกร	เกล็ดขกรรวม							
54				พนัก.ผู้ช่วยฯ เกล็ดขกร	เกล็ดขกรรวม							
55				เจ้าหน้าที่	โภชนาการ/ห้องอาหาร							
56				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน							
57				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน							
58				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน					✓		
59				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน							
60				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน					✓		
61				เจ้าหน้าที่	ห้องผ้า							
62				เจ้าหน้าที่	ห้องผ้า							
63				เจ้าหน้าที่	จุฬารัตน์ 304 สหคลินิก							
64				ผู้ช่วยพยาบาล	ER							

☒ บันทึกประวัติฝึกอบรม วันที่ 14/10/2565

ผู้จัดอบรมและประเมินผล

ลงชื่อ

ใบลงทะเบียนและใบนำส่งรายงานการจัดอบรม / ถิ่นมนา

ชื่อหลักสูตร : โครงการแบ่งปันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เนื้อหาโดยย่อ : เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์

วันที่ : 14 ตุลาคม 2565 เวลา : 09.00 - 16.00 น.

ประเภทการฝึกอบรม : ☒ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายใน

☐ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายนอก

☐ ปฐมนิเทศ

☐ OJT

ลำดับ	รหัสพนักงาน	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วย / แผนก	เวลาเข้า		เวลาออก		สำหรับผู้ประเมินผลการฝึกอบรม		หมายเหตุ
						เวลา	ลายเซ็น	เวลา	ลายเซ็น	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
65				พยาบาล	ER							
66				ผู้ช่วยพยาบาล	ICU							
67				พยาบาล	ICU							
68				ผู้ช่วยพยาบาล	OPD-อายุรกรรม							
69				พยาบาล	OPD-อายุรกรรม							
70				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	OPD-กุมารเวช							
71				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	OPD-สูติรีฯ							
72				พยาบาล	OPD-ศัลยกรรม							
73				ผู้ช่วยพยาบาล	OPD-ศัลยกรรม							
74				พยาบาล	OPD-ปัส.							
75				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	OR							
76				พยาบาล	OR							
77				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	LR							
78				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	SUPPLY							
79				พยาบาล	วิสัญญี							
80				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD3							

☒ บันทึกประวัติฝึกอบรม วันที่ 14/10/2565

ผู้จัดอบรมและประเมินผล

ลงชื่อ

ใบลงทะเบียนและใบนำส่งรายงานการจัดอบรม / สัมมนา

ชื่อหลักสูตร : โครงการแบ่งปันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เนื้อหาโดยย่อ : เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์

วันที่ : 14 ตุลาคม 2565 เวลา : 09.00 - 16.00 น.

ประเภทการฝึกอบรม : ☒ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายใน

☐ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายนอก

☐ ปฐมนิเทศ

☐ OJT

ลำดับ	รหัสพนักงาน	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วย / แผนก	เวลาเข้า		เวลาออก		ค่ารับผู้ประเมินผลการฝึกอบรม		หมายเหตุ
						เวลา	ลายเซ็น	เวลา	ลายเซ็น	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
81				พยาบาล	WARD3							
82				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD4							
83				ผู้ช่วยพยาบาล	WARD4					✓		
84				หัวหน้าหน่วย	WARD4							
85				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD4							
86				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD5					✓		
87				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD5							
88				พยาบาล	WARD6					✓		
89				ผู้ช่วยพยาบาล	WARD6							
90				พยาบาล	WARD6							
91				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD6					✓		
92				พยาบาล	WARD ปกส					✓		
93				พยาบาล	WARD ปกส							
94				ผู้ช่วยพยาบาล	WARD ปกส					✓		
95				พยาบาล	WARD ปกส							
96				เจ้าหน้าที่	Check UP					✓		

☒ บันทึกประวัติฝึกอบรม วันที่14/10/2565.....

ผู้จัดอบรมและประเมินผล

ลงชื่อ

ใบลงทะเบียนและใบนำส่งรายงานการตอบชม / สัมมนา

ชื่อหลักสูตร : โครงการแบ่งปันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เนื้อหาโดยย่อ : เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์

วันที่ : 10 ตุลาคม 2565 เวลา : 09.00 - 16.00 น.

ประเภทการฝึกอบรม : ☒ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายใน

☐ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายนอก

☐ ปฐมนิเทศ

☐ OJT

ลำดับ	รหัสพนักงาน	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วย / แผนก	เวลาเข้า		เวลาออก		สำหรับผู้ที่ประเมินผลการฝึกอบรม		หมายเหตุ
						เวลา	ลายเซ็น	เวลา	ลายเซ็น	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
81				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	OPD-สูตินรีฯ					✓		
82				หัวหน้าหน่วย	OPD-สูตินรีฯ	13.00				✓		
83				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	OPD-สูตินรีฯ	13.00				✓		
84				ผู้ช่วยพยาบาล	OPD-ศัลยกรรม					✓		
85				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	OPD-ศัลยกรรม					✓		
86				ผู้ช่วยพยาบาล	OPD-ปลศ.					✓		
87				พยาบาล	OR					✓		
88				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	LR					✓		
89				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	SUPPLY					✓		
90				พยาบาล	วิสัญญี					✓		
91				พยาบาล	NURSERY							
92				ผู้ช่วยพยาบาล	WARD3					✓		
93				หัวหน้าหน่วย	WARD3					✓		
94				ผู้ช่วยพยาบาล	WARD4							
95				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD4							
96				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD4							

☒ บันทึกประวัติฝึกอบรม วันที่ 10/10/2565

ผู้ฝึกอบรมและประเมินผล

ลงชื่อ



CHG 304
CHANGHAI INTERNATIONAL REGISTER

ใบลงทะเบียนและใบนำส่งรายงานการจัตอบรม / ถัมมนา

ชื่อหลักสูตร : โครงการแบ่งปันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เนื้อหาโดยย่อ : เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์

วันที่ : 10 ตุลาคม 2565 เวลา : 09.00 - 16.00 น.

ประเภทการฝึกอบรม : ☒ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายใน

☐ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายนอก

☐ ปฐมนิเทศ

☐ OJT

ลำดับ	รหัสพนักงาน	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วย / แผนก	เวลาเข้า		เวลาออก		ตัวรับผู้ประเมินผลการฝึกอบรม		หมายเหตุ
						เวลา	ลายเซ็น	เวลา	ลายเซ็น	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
97				พยาบาล	WARD5							
98				ผู้ช่วยพยาบาล	WARD5					✓		
99				พยาบาล	WARD5							
100				ผู้ช่วยพยาบาล	WARD6							
101				พยาบาล	Check UP					✓		
102				เจ้าหน้าที่	เปล	13.00		16.00		✓		
103				เจ้าหน้าที่	เปล	13.00		16.00		✓		
104				เจ้าหน้าที่	Ambulance	13.00		16.00		✓		
105				หัวหน้าหน่วย	ถ่ายภาพบำบัด	13.00		16.00		✓		
106				พนง.ผู้ช่วยLAB	LAB	13.00		16.00		✓		
107				เทคนิคการแพทย์	LAB					✓		
108				เทคนิคการแพทย์	LAB					✓		
109				หัวหน้าแผนก	LAB					✓		
110				เทคนิคการแพทย์	LAB					✓		
111				พนง.ผู้ช่วยLAB	LAB	13.00				✓		
112				พนง.ผู้ช่วยLAB	LAB	13.00		16.00		✓		

☒ บันทึกประวัติฝึกอบรม วันที่ 10/10/2565

ผู้จัดอบรมและประเมินผล

ลงชื่อ

ใบลงทะเบียนและใบนำส่งรายงานการจัดอบรม / สัมมนา

ชื่อหลักสูตร : โครงการแบ่งปันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
เนื้อหาโดยย่อ : เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์

วันที่ : 10 ตุลาคม 2565 เวลา : 09.00 - 16.00 น.

ประเภทการฝึกอบรม : ☒ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายใน ☐ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายนอก ☐ ปฐมนิเทศ ☐ OJT

ลำดับ	รหัสพนักงาน	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วย / แผนก	เวลาเข้า		เวลาออก		สำหรับผู้ประเมินผลการฝึกอบรม		หมายเหตุ
						เวลา	ลายเซ็น	เวลา	ลายเซ็น	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
33				หัวหน้าแผนก	WARD5	09.00		13.00		✓		
34				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD5	09.00		13.00				
35				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD5	09.00		13.00		✓		
36				พยาบาล	WARD5	09.00		13.00				
37				ผู้ช่วยพยาบาล	WARD5	09.00		13.00				
38				พยาบาล	WARD5	09.00		13.00				
39				พยาบาล	WARD6	09.00		13.00		✓		
40				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD6	09.00		13.00		✓		
41				พยาบาล	WARD6	09.00		13.00		✓		
42				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD6	09.00		13.00		✓		
43				พยาบาล	WARD6	09.00		13.00		✓		
44				ผู้ช่วยพยาบาล	WARD6	09.00		13.00				
45				ผู้ช่วยพยาบาล	WARD6	09.00		13.00		✓		
46				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD6	09.00		13.00		✓		
47				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	Check UP	09.00		13.00		✓		
48				เจ้าหน้าที่	เปล	09.00		13.00		✓		

☒ บันทึกประวัติฝึกอบรม วันที่ 10/10/2565

ผู้จัดอบรมและประเมินผล

ลงชื่อ ..



จุฬารัตน์ 304
CHULALERT 304

ใบลงทะเบียนและใบนำส่งรายงานการจัตอบรม / สัมมนา

ชื่อหลักสูตร : โครงการแบ่งปันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เนื้อหาโดยย่อ : เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์

วันที่ : 10 ตุลาคม 2565 เวลา : 09.00 - 16.00 น.

ประเภทการฝึกอบรม : ☒ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายใน

☐ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายนอก

☐ ปฐมนิเทศ

☐ OJT

ลำดับ	รหัสพนักงาน	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วย / แผนก	เวลาเข้า		เวลาออก		สำหรับผู้ประเมินผลการฝึกอบรม		หมายเหตุ
						เวลา	ลายเซ็น	เวลา	ลายเซ็น	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
49				เจ้าหน้าที่	เปล					✓		
50				เจ้าหน้าที่	Ambulance	08.30				✓		
51				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	ทันตกรรม	9.0				✓		
52				พนัก.ผู้ช่วยทันตกรรม	ทันตกรรม					✓		
53				ถ่ายภาพบำบัด	ถ่ายภาพบำบัด					✓		
54				พนัก.ผู้ช่วย X-Ray	X-RAY					✓		
55				พนัก.ผู้ช่วย X-Ray	X-RAY					✓		
56				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน					✓		
57				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน					✓		
58				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน					✓		
59				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน					✓		
60				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน	พนัก				✓		
61				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน					✓		
62				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน					✓		
63				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน					✓		
64				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน					✓		

☒ บันทึกประวัติฝึกอบรม วันที่ 10/10/2565

ผู้จัดอบรมและประเมินผล

ลงชื่อ ..

ใบลงทะเบียนและใบนำส่งรายงานการจัดอบรม / สัมมนา

ชื่อหลักสูตร : โครงการแข่งขันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เนื้อหาโดยย่อ : เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์

วันที่ : 10 ตุลาคม 2565 เวลา : 09.00 - 16.00 น.

ประเภทการฝึกอบรม : ☒ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายใน

☐ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายนอก

☐ ปริญญาโท

☐ OJT

ลำดับ	รหัสพนักงาน	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วย / แผนก	เวลาเข้า		เวลาออก		การรับผู้ประเมินผลการฝึกอบรม		หมายเหตุ
						เวลา	ลายเซ็น	เวลา	ลายเซ็น	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
113				หัวหน้าหน่วย	X-RAY	13.00		14.00		✓		
114				ผู้ช่วยพยาบาล	X-RAY	13.00		16.00		✓		
115				พณ.ผู้ช่วยเภสัชกร	เภสัชกรรม					✓		
116				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	เภสัชกรรม					✓		
117				หัวหน้าหน่วย	เภสัชกรรม	13.00		16.00		✓		
118				พณ.ผู้ช่วยเภสัชกร	เภสัชกรรม	13.00		16.00		✓		
119				เภสัชกร	เภสัชกรรม					✓		
120				เภสัชกร	เภสัชกรรม					✓		
121				หัวหน้าหน่วย	โภชนาการ/ห้องอาหาร	08.00		16.00		✓		
122				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน					✓		
123				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน					✓		
124				เจ้าหน้าที่	รปภ. ภายใน					✓		
125				เจ้าหน้าที่	รปภ. ภายใน					✓		
126				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	จุฬารัตน 304 ตามคลินิก					✓		
127				พนักงานช่าง	โสตศอนาสิก	08.00		16.00		✓		

☒ บันทึกประวัติฝึกอบรม วันที่10/10/2565.....

ผู้จัดอบรมและประเมินผล

ลงชื่อ ...

ใบลงทะเบียนและใบนำส่งรายงานการจัดอบรม / สัมมนา

ชื่อหลักสูตร : โครงการแข่งขันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เนื้อหาโดยย่อ : เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์

วันที่ : 10 ตุลาคม 2565 เวลา : 09.00 - 16.00 น.

ประเภทการฝึกอบรม : ☒ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายใน

☐ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายนอก

☐ ปฐมนิเทศ

☐ OJT

ลำดับ	รหัสพนักงาน	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วย / แผนก	เวลาเข้า		เวลาออก		สำหรับผู้ประเมินผลการฝึกอบรม		หมายเหตุ
						เวลา	ลายเซ็น	เวลา	ลายเซ็น	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
65				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน							
66				เจ้าหน้าที่	รปภ. ภายใน					✓		
67				เจ้าหน้าที่	ห้องคำ							
68				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	จุฬารัตน์ 304 สานักคลินิก							
69				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	ER					✓		
70				ผู้ช่วยพยาบาล	ER	13-00				✓		
71				พยาบาล	ER					✓		
72				พยาบาล	ICU					✓		
73				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	ICU					✓		
74				ผู้ช่วยพยาบาล	ICU							
75				พยาบาล	ICU					✓		
76				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	OPD-อาศุรกรรม					Not		
77				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	OPD-อาศุรกรรม							
78				ผู้ช่วยพยาบาล	OPD-อาศุรกรรม					✓		
79				พยาบาล	OPD-กุมารเวช					✓		
80				ผู้ช่วยพยาบาล	OPD-กุมารเวช					✓		

☒ บันทึกประวัติฝึกอบรม วันที่10/10/2565.....

ผู้จัดอบรมและประเมินผล

ลงชื่อ

ใบลงทะเบียนและใบนำส่งรายงานการจัดอบรม / สัมมนา

ชื่อหลักสูตร : โครงการแบ่งปันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เนื้อหาโดยย่อ : เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์

วันที่ : 10 ตุลาคม 2565 เวลา : 09.00 - 16.00 น.

ประเภทการฝึกอบรม : ☒ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายใน

☐ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายนอก

☐ ปฐมนิเทศ

☐ OJT

ลำดับ	รหัสพนักงาน	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วย / แผนก	เวลาเข้า		เวลาออก		สำหรับผู้ประเมินผลการฝึกอบรม		หมายเหตุ
						เวลา	ลายเซ็น	เวลา	ลายเซ็น	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
17					OPD-ปศส.					✓		
18					OPD-ปศส.					✓		
19					OPD-ปศส.					✓		
20					OPD-ARI					✓		
21					OR							
22					OR					✓		
23					OR					✓		
24					OR					✓		
25					LR					✓		
26					SUPPLY					✓		
27					วิสัญญี					✓		
28					NURSERY					✓		
29					NURSERY					✓		
30					WARD3					✓		
31					WARD3					✓		
32					WARD3					✓		

☒ บันทึกประวัติฝึกอบรม วันที่10/10/2565.....

ผู้จัดอบรมและประเมินผล

ลงชื่อ

ใบลงทะเบียนและใบนำส่งรายงานการจัดอบรม / ถิ่นมณา

ชื่อหลักสูตร : โครงการแบ่งปันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
เนื้อหาโดยย่อ : เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์

วันที่ : 14 ตุลาคม 2565 เวลา : 09.00 - 16.00 น.

ประเภทการฝึกอบรม : ☒ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายใน

☐ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายนอก

☐ ปฐมนิเทศ

☐ OJT

ลำดับ	รหัสพนักงาน	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วย / แผนก	เวลาเข้า		เวลาออก		สำหรับผู้ประเมินผลการฝึกอบรม		หมายเหตุ
						เวลา	ลายเซ็น	เวลา	ลายเซ็น	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
1				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	ER							
2				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	ER							
3				พยาบาล	ER							
4				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	ER							
5				พยาบาล	ER							
6				หัวหน้าหน่วย	ICU							
7				ผู้ช่วยพยาบาล	ICU							
8				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	OPD-อายุรกรรม							
9				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	OPD-อายุรกรรม							
10				พยาบาล	OPD-อายุรกรรม							
11				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	OPD-กุมารเวช							
12				พยาบาล	OPD-กุมารเวช							
13				พยาบาล	OPD-ปศส.							
14				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	OPD-ปศส.							
15				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	OPD-ปศส.							
16				พยาบาล	OR							

☒ บันทึกประวัติฝึกอบรม วันที่14/10/2565.....

ผู้จัดอบรมและประเมินผล

เลขานุการคณะกรรมการงานควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ใบลงทะเบียนและใบนำส่งรายงานการจัดอบรม / สัมมนา

ชื่อหลักสูตร : โครงการแบ่งปันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
เนื้อหาโดยย่อ : เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์

วันที่ : 14 ตุลาคม 2565 เวลา : 09.00 - 16.00 น.

ประเภทการฝึกอบรม : ☒ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายใน

☐ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายนอก

☐ ปฐมนิเทศ

☐ OJT

ลำดับ	รหัสพนักงาน	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วย / แผนก	เวลาเข้า		เวลาออก		สำหรับผู้ประเมินผลการฝึกอบรม		หมายเหตุ
						เวลา	ลายเซ็น	เวลา	ลายเซ็น	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
17				ผู้ช่วยพยาบาล	OR							
18				พยาบาล	LR							
19				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	NURSERY							
20				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD3							
21				พยาบาล	WARD3							
22				พยาบาล	WARD3							
23				พยาบาล	WARD3							
24				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD3							
25				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD4							
26				พยาบาล	WARD4							
27				พยาบาล	WARD4							
28				พยาบาล	WARD4					✓		
29				พยาบาล	WARD4	08.36				✓		
30				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD5							
31				พยาบาล	WARD5							
32				พนักงานผู้ช่วยวิชาชีพ	WARD6					✓		

☒ บันทึกประวัติฝึกอบรม วันที่14/10/2565.....

ผู้จัดอบรมและประเมินผล

ลงชื่อ

ใบลงทะเบียนและใบนำส่งรายงานการจัดอบรม / สัมมนา

ชื่อหลักสูตร : โครงการแบ่งปันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เนื้อหาโดยย่อ : เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์

วันที่ : 14 ตุลาคม 2565 เวลา : 09.00 - 16.00 น.

ประเภทการฝึกอบรม : ☒ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายใน

☐ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายนอก

☐ ปฐมนิเทศ

☐ OJT

ลำดับ	รหัสพนักงาน	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วย / แผนก	เวลาเข้า		เวลาออก		ตัวรับผู้ประเมินผลการฝึกอบรม		หมายเหตุ
						เวลา	ลายเซ็น	เวลา	ลายเซ็น	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
97					Check UP							
98					เปล							
99					เปล							
100					Ambulance							
101					UR NURSE							
102					ถ่ายภาพบำบัด							
103					LAB							
104					LAB							
105					LAB							
106					LAB							
107					LAB							
108					X-RAY							
109					เภสัชกรรม							
110					เภสัชกรรม							
111					เภสัชกรรม							
112					เภสัชกรรม							

☒ บันทึกประวัติฝึกอบรม วันที่14/10/2565.....

ผู้จัดอบรมและประเมินผล

ลงชื่อ

ใบลงทะเบียนและใบนำส่งรายงานการจัดอบรม / สัมมนา

ชื่อหลักสูตร : โครงการแข่งขันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เนื้อหาโดยย่อ : เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์

วันที่ : 14 ตุลาคม 2565 เวลา : 09.00 - 16.00 น.

ประเภทการฝึกอบรม : ☒ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายใน

☐ การฝึกอบรมภายในโดยวิทยากรภายนอก

☐ ปฐมนิเทศ

☐ OJT

ลำดับ	รหัสพนักงาน	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วย / แผนก	เวลาเข้า		เวลาออก		สำหรับผู้ประเมินผลการฝึกอบรม		หมายเหตุ
						เวลา	ลายเซ็น	เวลา	ลายเซ็น	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
113				เภสัชกร	เภสัชกรรม							
114				เจ้าหน้าที่	แม่บ้าน							
115				เจ้าหน้าที่	จุฬารัตน 304 สานักคลินิก							
				เจนนีฟ	IPD ๖/๓๖							
				ผู้ช่วยพยาบาล	WARD ๕							
				ผู้ช่วยพยาบาล	IPD ๖/๓๖							
				ผู้ช่วยพยาบาล	ER					✓		
				ผู้ช่วยพยาบาล	W. 6					✓		
				พยาบาล	W. 6					✓		
				PN	ER					✓		
				PN	OPD							

☒ บันทึกประวัติฝึกอบรม วันที่14/10/2565.....

ผู้จัดอบรมและประเมินผล

.....

ลง

ภาพบรรยากาศ การอบรมโครงการแบ่งปันความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
วันที่ 10,12 ตุลาคม 2565

