



เลขที่ ตช. 670131-25007

## เอกสารกำกับขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (ตช.)

## ส่วนที่ 1 : แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลางจุฬารัตน์ 304อินเตอร์  
ที่ตั้ง เลขที่ 151 ม.4 ต.กรอกสมบูรณ์ อ.ศรีมหาโพธิ จ.ปราจีนบุรี 25140 โทรศัพท์ 037239665 FAX 037239669

ว.ด.ป. ที่บันทึกข้อมูล	ว.ด.ป. ที่ส่งมอบมูลฝอย	เวลาที่เข้าทำการเก็บขน	ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	ชื่อ จนท. ผู้ส่งมอบมูลฝอย
31/01/2567	31/01/2567	07:05 น.	336	คุณนิสิทธิ์ เนียมพันธ์

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : คุณภักจิรา งามขำ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

## ส่วนที่ 2 : หน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ บริษัท เทรนด์ อินเตอร์เทรต จำกัด โทรศัพท์ 02-4548040

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

เลขทะเบียน 2ผด9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรณ์ สุขนุช โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวิ โทรศัพท์

วันเวลายืนยัน 14/2/2567 11:18

การถ่ายโอนมูลฝอยติดเชื้อ เลขทะเบียน 2ผด9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรณ์ สุขนุช โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวิ โทรศัพท์ วันเวลายืนยัน 14/2/2567 11:18

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : นายธวัชชัย เอื้องบุญ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

## ส่วนที่ 3 : หน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ บริษัทบริษัท บางปู เอนไวรอนเมนทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด

ที่ตั้ง เลขที่ 965 ม.2 ต.บางปูใหม่ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ 10280 โทรศัพท์ 027092546

ว.ด.ป.ที่บันทึกข้อมูล	ว.ด.ป.ที่รับมอบมูลฝอย	ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่กำจัด (กก.)	ชื่อ จนท. ผู้รับมอบมูลฝอย
15/02/2567	15/02/2567	336	นายชัยรัตน์ ดวงทิม

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : นางสาวทองกร พันธุ์ไสว (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

วันที่พิมพ์ : 02/07/2567

## เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ คช.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 คมท 9980 ชื่อคนขับรถ ไตรศรภักดิ์ โทรศัพท์  
 ชื่อพนักงานเก็บขน กัญญาพร 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
31/1/67	รพ. จุฬารัตน์ 3 อาคาร	07.05	07.25	336	อ. นพ.	

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย  
 ชื่อตัวบรรจง ไตรศรภักดิ์ ลายเซ็น

สถานที่กำจัด : ที่อยู่  
 โทรศัพท์ โทรสาร

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

ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ  
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา  
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากเนย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

วันที่ 31-1-67

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

ทะเบียนรถ 2 พค 9980

เวลารับ 07.05

เวลาออก 07.25

ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ	ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ
1	22		11	17	
2	22		12	20	
3	21		13	29	
4	22		14	17	
5	26		15	17	
6	20		16	32	
7	22		17		
8	12		18		
9	23		19		
10	21		20		

## สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น 336 กิโลกรัม

บริษัท ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค



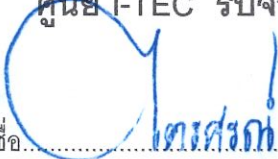
ได้ทำเรียบร้อยแล้ว



ไม่ได้ทำ เพราะ

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากเนย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

ลงชื่อ



( )

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ลงชื่อ



( )

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)



เลขที่ ตช. 670229-25001

## เอกสารกำกับขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (ตช.)

## ส่วนที่ 1 : แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลางจุฬารัตน์ 304อินเตอร์  
ที่ตั้ง เลขที่ 151 ม.4 ต.กรอกสมบูรณ์ อ.ศรีมหาโพธิ จ.ปราจีนบุรี 25140 โทรศัพท์ 037239665 FAX 037239669

ว.ด.ป. ที่บันทึกข้อมูล	ว.ด.ป. ที่ส่งมอบมูลฝอย	เวลาที่เข้าทำการเก็บขน	ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	ชื่อ จนท. ผู้ส่งมอบมูลฝอย
28/02/2567	28/02/2567	06:45 น.	264	คุณนิลธิณี เนียมพันธ์

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : คุณภักดิ์จิรา งามขำ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

## ส่วนที่ 2 : หน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ บริษัท เทรนด์ อินเตอร์เทรด จำกัด โทรศัพท์ 02-4548040

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

เลขทะเบียน 2ฒฉ9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรณ์ สุขนุช โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวี โทรศัพท์

วันเวลายืนยัน 4/3/2567 15:44

การถ่ายโอนมูลฝอยติดเชื้อ เลขทะเบียน 2ฒฉ9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรณ์ สุขนุช โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวี โทรศัพท์ วันเวลายืนยัน 4/3/2567 15:44

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : นายธวัชชัย เสงี่ยมบุญ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

## ส่วนที่ 3 : หน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ บริษัทบริษัท บางปู เอนไวรอนเมนทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด

ที่ตั้ง เลขที่ 965 ม.2 ต.บางปูใหม่ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ 10280 โทรศัพท์ 027092546

ว.ด.ป.ที่บันทึกข้อมูล	ว.ด.ป.ที่รับมอบมูลฝอย	ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่กำจัด (กก.)	ชื่อ จนท. ผู้รับมอบมูลฝอย
28/02/2567	28/02/2567	264	นายชัยรัตน์ ดวงทิม

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : นางสาวทองกร พันธุ์ใส (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

วันที่พิมพ์ : 02/07/2567



## เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ดข.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 พท 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
20/2/67	พ.ศ. ๒๕๖๗	06.45	07.00	264	ฉัตร	

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง

ลายเซ็น

สถานที่กำจัด :

ที่อยู่

โทรศัพท์

โทรสาร

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ

กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง

ลายเซ็น

ว.ด.ป.

ที่รับมอบ

ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ  
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา  
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากเนย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

เวลารับ.....06.45.....

วันที่.....28-2-67.....

ทะเบียนรถ.....2 พค 9780.....

เวลาออก.....07.00.....

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

สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น.....264.....กิโลกรัม

บริษัท ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค

☒ ได้ทำเรียบร้อย
 ☐ ไม่ได้ทำ เพราะ.....

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากเนย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

ลงชื่อ.....ดร.ศก.....

( )

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ลงชื่อ..........

( )

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)



เลขที่ ดช. 670308-25008

## เอกสารกำกับขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (ดช.)

### ส่วนที่ 1 : แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลางจุฬารัตน์ 304อินเตอร์  
ที่ตั้ง เลขที่ 151 ม.4 ต.กรอกสมบุญ อ.ศรีมหาโพธิ จ.ปราจีนบุรี 25140 โทรศัพท์ 037239665 FAX 037239669

ว.ด.ป. ที่บันทึกข้อมูล	ว.ด.ป. ที่ส่งมอบมูลฝอย	เวลาที่เข้าทำการเก็บขน	ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	ชื่อ จนท. ผู้ส่งมอบมูลฝอย
08/03/2567	08/03/2567	08:20 น.	129	คุณนิสิทธิ์ เนียมพันธ์

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : คุณภักจิรา งามขำ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

### ส่วนที่ 2 : หน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ บริษัท เทรนด์ อินเตอร์เทรต จำกัด โทรศัพท์ 02-4548040

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

เลขทะเบียน 1ฒษ5596 ชื่อพนักงานขับรถ นายมาโนช สีสา โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน นายอภิสิทธิ์ สโมสร โทรศัพท์

วันเวลายืนยัน 15/3/2567 13:37

การถ่ายโอนมูลฝอยติดเชื้อ เลขทะเบียน 1ฒษ5596 ชื่อพนักงานขับรถ นายมาโนช สีสา โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน นายอภิสิทธิ์ สโมสร โทรศัพท์ วันเวลายืนยัน 15/3/2567 13:37

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : นายธวัชชัย เื่องบุญ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

### ส่วนที่ 3 : หน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ บริษัทบริษัท บางปู เอนไวรอนเมนทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด

ที่ตั้ง เลขที่ 965 ม.2 ต.บางปูใหม่ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ 10280 โทรศัพท์ 027092546

ว.ด.ป.ที่บันทึกข้อมูล	ว.ด.ป.ที่รับมอบมูลฝอย	ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่กำจัด (กก.)	ชื่อ จนท. ผู้รับมอบมูลฝอย
15/03/2567	15/03/2567	129	นายชัยรัตน์ ดวงทิม

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : นางสาวทองกร พันธิ์ใส (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

วันที่พิมพ์ : 02/07/2567



เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ดช.01/1 ต้นฉบับสำหรับโรงพยาบาล (สีฟ้า)

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ บริษัท เทรินด์ อินเตอร์เทรด จำกัด โทรศัพท์ 02-454-8040  
 ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10 °C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ  
 เลขทะเบียน 1 ฌบ 5596 ชื่อคนขับรถ ทวีศักดิ์ 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
8/3/62	ร.พ. ศุภเวชภัณฑ์	08:20	08:40	129	ฉัตรทิพย์	

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

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

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



ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ  
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา  
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากเนย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

เวลารับ.....08.20.....

วันที่ 8-3-67

ทะเบียนรถ 1๗๖๕๕๙๖

เวลาออก 08.40

ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ	ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ
1	31		11		
2	23		12		
3	18		13		
4	20		14		
5	19		15		
6	18		16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

## สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น 129 กิโลกรัม

บริษัทฯ ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค

☒ ได้ทำเรียบร้อยแล้ว ☐ ไม่ได้ทำ เพราะ.....

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากเนย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

ลงชื่อ.....

( )

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ลงชื่อ.....

( )

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)



เลขที่ ดช. 670422-25001

## เอกสารกำกับขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (ดช.)

## ส่วนที่ 1 : แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลางจุฬารัตน์ 304อินเตอร์  
ที่ตั้ง เลขที่ 151 ม.4 ต.กรอกสมบูรณ์ อ.ศรีมหาโพธิ จ.ปราจีนบุรี 25140 โทรศัพท์ 037239665 FAX 037239669

ว.ด.ป. ที่บันทึกข้อมูล	ว.ด.ป. ที่ส่งมอบมูลฝอย	เวลาที่เข้าทำการเก็บขน	ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	ชื่อ จนท. ผู้ส่งมอบมูลฝอย
22/04/2567	17/04/2567	06:40 น.	307	คุณนิสิทธิ์ เนียมพันธ์

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว  
ลงชื่อ : คุณภักจิรา งามขำ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

## ส่วนที่ 2 : หน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ บริษัท เทรนด์ อินเตอร์เทรต จำกัด โทรศัพท์ 02-4548040  
ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10 °C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ  
เลขทะเบียน 2ฒฉ9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรณ์ สุขนุช โทรศัพท์  
ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวี โทรศัพท์  
วันเวลายืนยัน 22/4/2567 14:18

การถ่ายโอนมูลฝอยติดเชื้อ เลขทะเบียน 2ฒฉ9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรณ์ สุขนุช โทรศัพท์  
ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวี โทรศัพท์ วันเวลายืนยัน 22/4/2567 14:18

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว  
ลงชื่อ : นายธวัชชัย เื่องบุญ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

## ส่วนที่ 3 : หน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ บริษัทบริษัท บางปู เอนไวรอนเมนทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด  
ที่ตั้ง เลขที่ 965 ม.2 ต.บางปูใหม่ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ 10280 โทรศัพท์ 027092546

ว.ด.ป.ที่บันทึกข้อมูล	ว.ด.ป.ที่รับมอบมูลฝอย	ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่กำจัด (กก.)	ชื่อ จนท. ผู้รับมอบมูลฝอย
23/04/2567	23/04/2567	307	นายชัยรัตน์ ดวงทิม

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว  
ลงชื่อ : นางสาวทองกร พันธุ์ไสว (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

วันที่พิมพ์ : 02/07/2567

## เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ คช.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 คช 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
17/4/67	รพ. ดุสิตาโรค อากาศ	06.40	06.50	307	ฉวีพร	

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง

ลายเซ็น

สถานที่กำจัด :

ที่อยู่

โทรศัพท์

โทรสาร

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ.....กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง

ลายเซ็น

ว.ด.ป.

ที่รับมอบ



ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ  
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา  
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากาศย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

วันที่ 19 - 4 - 67

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

ทะเบียนรถ 2 พค 9780

เวลารับ 06.40

เวลาออก 06.50

ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ	ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ
1	25		11	15	
2	23		12	12	
3	21		13	21	
4	18		14	27	
5	16		15	12	
6	24		16	19	
7	25		17		
8	12		18		
9	21		19		
10	16		20		

## สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น 307 กิโลกรัม

บริษัท ทำความสะอาดถึงบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค

☒ ได้ทำเรียบร้อย
 ☐ ไม่ได้ทำ เพราะ.....

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากาศย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

ลงชื่อ..... ( )

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ลงชื่อ..... ( )

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)



เลขที่ ตช. 670530-25001

## เอกสารกำกับขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (ตช.)

## ส่วนที่ 1 : แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลางจุฬารัตน์ 304อินเตอร์  
ที่ตั้ง เลขที่ 151 ม.4 ต.กรอกสมบุญ อ.ศรีมหาโพธิ จ.ปราจีนบุรี 25140 โทรศัพท์ 037239665 FAX 037239669

ว.ด.ป. ที่บันทึกข้อมูล	ว.ด.ป. ที่ส่งมอบมูลฝอย	เวลาที่เข้าทำการเก็บขน	ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	ชื่อ จนท. ผู้ส่งมอบมูลฝอย
30/05/2567	29/05/2567	09:11 น.	355	คุณนิสสิทธิ์ เนียมพันธ์

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : คุณภักจิรา งามขำ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

## ส่วนที่ 2 : หน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ บริษัท เทรนด์ อินเตอร์เทรต จำกัด โทรศัพท์ 02-4548040

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

เลขทะเบียน 2ฉฉ9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรณ์ สุขนุช โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวี โทรศัพท์

วันเวลายืนยัน 4/6/2567 10:12

การถ่ายโอนมูลฝอยติดเชื้อ เลขทะเบียน 2ฉฉ9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรณ์ สุขนุช โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวี โทรศัพท์ วันเวลายืนยัน 4/6/2567 10:12

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : นายธวัชชัย เอื้องบุญ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

## ส่วนที่ 3 : หน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ บริษัทบริษัท บางปู เอนไวรอนเมนทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด

ที่ตั้ง เลขที่ 965 ม.2 ต.บางปูใหม่ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ 10280 โทรศัพท์ 027092546

ว.ด.ป.ที่บันทึกข้อมูล	ว.ด.ป.ที่รับมอบมูลฝอย	ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่กำจัด (กก.)	ชื่อ จนท. ผู้รับมอบมูลฝอย
04/06/2567	04/06/2567	355	นายชัยรัตน์ ดวงทิม

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : นางสาวทองกร พันธุ์ใส (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

วันที่พิมพ์ : 02/07/2567

## 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 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
29/6/67	รพ. สุราษฎร์ธานี ๓๓๓	06.50	07.10	355	ฉัตร	

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง

ลายเซ็น

สถานที่กำจัด : .....

ที่อยู่

โทรศัพท์

โทรสาร

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ.....กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง

ลายเซ็น

ว.ด.ป.

ที่รับมอบ



ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ  
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา  
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดเนย์ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

เวลารับ..... 06.50 .....

วันที่..... 29 - 5 - 67 .....

ทะเบียนรถ..... 20กค 9780 .....

เวลาออก..... 07.10 .....

ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ	ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ
1	25		11	24	
2	28		12	19	
3	21		13	22	
4	20		14	23	
5	17		15	23	
6	22		16	28	
7	20		17		
8	20		18		
9	20		19		
10	23		20		

สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น..... 355 ..... กิโลกรัม

บริษัทฯ ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค



ได้ทำเรียบร้อยแล้ว



ไม่ได้ทำ เพราะ.....

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดเนย์ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

ลงชื่อ.....

(

)

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ลงชื่อ.....

(

)

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)



เลขที่ ดช. 670628-25006

## เอกสารกำกับขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (ตช.)

## ส่วนที่ 1 : แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลางจุฬารัตน์ 304อินเตอร์  
ที่ตั้ง เลขที่ 151 ม.4 ต.กรอกสมบูรณ์ อ.ศรีมหาโพธิ จ.ปราจีนบุรี 25140 โทรศัพท์ 037239665 FAX 037239669

ว.ด.ป. ที่บันทึกข้อมูล	ว.ด.ป. ที่ส่งมอบมูลฝอย	เวลาที่เข้าทำการเก็บขน	ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	ชื่อ จนท. ผู้ส่งมอบมูลฝอย
28/06/2567	28/06/2567	08:25 น.	148	คุณนิสิทธิ์ เนียมพันธ์

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : คุณภัคจิรา งามขำ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

## ส่วนที่ 2 : หน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ บริษัท เทรนด์ อินเตอร์เทรต จำกัด โทรศัพท์ 02-4548040

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

เลขทะเบียน 1ฒษ5596 ชื่อพนักงานขับรถ โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน โทรศัพท์

วันเวลายืนยัน ไม่มีข้อมูลยืนยัน

การถ่ายโอนมูลฝอยติดเชื้อ เลขทะเบียน 1ฒษ5596 ชื่อพนักงานขับรถ โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน โทรศัพท์ วันเวลายืนยัน 28/6/2567 16:43

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

## ส่วนที่ 3 : หน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ บริษัทบริษัท บางปู เอนไวรอนเมนทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด

ที่ตั้ง เลขที่ 965 ม.2 ต.บางปูใหม่ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ 10280 โทรศัพท์ 027092546

ว.ด.ป.ที่บันทึกข้อมูล	ว.ด.ป.ที่รับมอบมูลฝอย	ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่กำจัด (กก.)	ชื่อ จนท. ผู้รับมอบมูลฝอย

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

วันที่พิมพ์ : 02/07/2567

## 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 1055596 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
28/6/67	ร.พ.พระนครศรีอยุธยา	0825	0840	148	ฉัตร	

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

สถานที่กำจัด : .....ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ.....กิโลกรัม

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



ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ  
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา  
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิเทพย์ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

เวลารับ.....08.25.....

วันที่ 28/6/67

ทะเบียนรถ.....จ ฅบ 5596.....

เวลาออก.....08.40.....

ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ	ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ
1	28		11		
2	23		12		
3	23		13		
4	25		14		
5	24		15		
6	25		16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น.....148.....กิโลกรัม

บริษัทฯ ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค

☒ ได้ทำเรียบร้อยแล้ว ☐ ไม่ได้ทำ เพราะ.....

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิเทพย์ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

ลงชื่อ.....

(.....)

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ลงชื่อ.....

(.....)

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)