



เลขที่ ดช. 670801-25002

## เอกสารกำกับขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (ดช.)

## ส่วนที่ 1 : แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลางจุฬารัตน์ 304อินเตอร์

ที่ตั้ง เลขที่ 151 ม.4 ต.กรอกสมบูรณ์ อ.ศรีมหาโพธิ์ จ.ปราจีนบุรี 25140 โทรศัพท์ 037239665 FAX 037239669

ว.ด.ป. ที่บันทึกข้อมูล	ว.ด.ป. ที่ส่งมอบมูลฝอย	เวลาที่เข้าทำการเก็บขน	ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	ชื่อ จนท. ผู้ส่งมอบมูลฝอย
01/08/2567	31/07/2567	06:35 น.	320	คุณนิลธิ์ เนียมพันธ์

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : คุณภัคจิรา งามขำ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

## ส่วนที่ 2 : หน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ บริษัท เทรนด์ อินเตอร์เทรด จำกัด โทรศัพท์ 02-4548040

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

เลขทะเบียน 2ผฉ9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรัณ สุขนุช โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวี โทรศัพท์

วันเวลายืนยัน 7/8/2567 10:2

การถ่ายโอนมูลฝอยติดเชื้อ เลขทะเบียน 2ผฉ9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรัณ สุขนุช โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวี โทรศัพท์ วันเวลายืนยัน 7/8/2567 10:2

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : นายธวัชชัย เสงี่ยมบุญ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

## ส่วนที่ 3 : หน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ บริษัทบริษัท บางปู เอ็นไวรอนเมนทอล 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
07/08/2567	07/08/2567	320	นายชัยรัตน์ ดวงทิม

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : นางสาวทองกร พันธุ์ไสว (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

วันที่พิมพ์ : 14/01/2568

ตข.04

เอกสารกำกับ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตข.04 ส่งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่โรงพยาบาลตั้งอยู่

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 ไตรศรท์ 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
๒๖/๖/๖๗	พ. จุฬารัตน์ ๓๓๓	๐๖.๓๖	๐๖.๕๖	320	๒๒๖๘	

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย  
 ชื่อตัวบรรจง ไตรศรท์ ลายเซ็น

สถานที่กำจัด : บริษัท บำรุง เอนไวรอนเม้นทอล คอนเซ็ปต์ จำกัด ที่อยู่ 965 ม.2 นิคมบางปู ต.บางปูใหม่ จ.สมุทรปราการ  
 โทรศัพท์ ๐๒-๒๕๑๙๙ โทรสาร ๐๒-๗๐๙-๒๕๑๗  
 คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ 310 กิโลกรัม  
 ชื่อตัวบรรจง AV ลายเซ็น ว.ด.ป. 3๖๖๔ ที่รับมอบ

ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ  
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา  
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากาศย์ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

วันที่ 31 - 7 - 67

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

ทะเบียนรถ 2 ทด 9780

เวลารับ 06.35

เวลาออก 06.00

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

สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น 320 / 1 กิโลกรัม

บริษัทฯ ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค



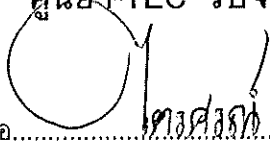
ได้ทำเรียบร้อย



ไม่ได้ทำ เพราะ

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากาศย์ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

ลงชื่อ



(

)

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ลงชื่อ



(

)

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)



เลขที่ ดช. 670828-25003

## เอกสารกำกับขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (ตข.)

## 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
28/08/2567	28/08/2567	06:45 น.	405	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 2ผฉ9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรณ์ สุขนุช โทรศัพท์  
ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวิ โทรศัพท์  
วันเวลายืนยัน 2/9/2567 18:18

การถ่ายโอนมูลฝอยติดเชื้อ เลขทะเบียน 2ผฉ9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรณ์ สุขนุช โทรศัพท์  
ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวิ โทรศัพท์ วันเวลายืนยัน 2/9/2567 18:18

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว  
ลงชื่อ : นายรัชชัย เสงี่ยมบุญ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

## ส่วนที่ 3 : หน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ บริษัทบริษัท บางปู เอ็นไวรอนเมนทอล 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
31/08/2567	31/08/2567	405	นายชัยรัตน์ ดวงทิม

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว  
ลงชื่อ : นางสาวทองกร พันธุ์ไสว (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

วันที่พิมพ์ : 14/01/2568

ตช.03

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.03 สำหรับผู้ส่งมูลฝอยติดเชื้อเก็บเป็นหลักฐาน (สีชมพู)

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ บริษัท เทรินด์ อินเตอร์เทรด จำกัด โทรศัพท์ 02-454-8040  
 ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10 °C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ  
 เลขทะเบียน 2 สมจ 9780 ชื่อคนขับรถ ไตรศรเดช โทรศัพท์  
 ชื่อพนักงานเก็บขน ณัฐวิทย์ โทรศัพท์

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ต.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อ จนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
28/8/62	รพ. จุฬารัตน์ อดิเทพ	06.45	07.00	405	ณัฐวิทย์	

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....

สถานที่กำจัด : บริษัท บารู เอนไวรอนเม้นทอล คอแมชชีน จำกัด ที่อยู่ 65 หมู่ 2 ต.บึงมะกรูด อ.บึงมะกรูด จ.สิงห์บุรี

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ.....กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....ว.ต.ป.....ที่รับมอบ

ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ  
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา  
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากาศย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

วันที่ 28 - 8 - 67

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

ทะเบียนรถ 2 พค 9780

เวลารับ 06.45

เวลาออก 07.00

ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ	ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ
1	24		11	25	
2	25		12	34	
3	24		13	28	
4	19		14	21	
5	22		15	35	
6	23		16	22	
7	22		17	6	
8	29		18		
9	19		19		
10	27		20		

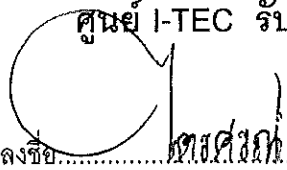
## สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น 405 / กิโลกรัม

บริษัท ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค

☒ ได้ทำเรียบร้อยแล้ว
 ☐ ไม่ได้ทำ เพราะ

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากาศย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

ลงชื่อ 

ลงชื่อ 

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)



เลขที่ ดช. 670925-25002

## เอกสารกำกับขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (ตข.)

## ส่วนที่ 1 : แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลางจุฬารัตน์ 304อินเตอร์

ที่ตั้ง เลขที่ 151 ม.4 ต.กรอกสมบูรณ์ อ.ศรีมหาโพธิ์ จ.ปราจีนบุรี 25140 โทรศัพท์ 037239665 FAX 037239669

ว.ด.ป. ที่บันทึกข้อมูล	ว.ด.ป. ที่ส่งมอบมูลฝอย	เวลาที่เข้าทำการเก็บขน	ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	ชื่อ จนท. ผู้ส่งมอบมูลฝอย
25/09/2567	25/09/2567	07:00 น.	424	คุณนิสิทธิ์ เนียมพันธ์

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : คุณภักจิรา งามขำ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

## ส่วนที่ 2 : หน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ บริษัท เทรนด์ อินเตอร์เทรด จำกัด โทรศัพท์ 02-4548040

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

เลขทะเบียน 1ฒส1638 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรณ สุขนุช โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวิ โทรศัพท์

วันเวลายืนยัน 1/10/2567 23:7

การถ่ายโอนมูลฝอยติดเชื้อ เลขทะเบียน 1ฒส1638 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรณ สุขนุช โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวิ โทรศัพท์ วันเวลายืนยัน 1/10/2567 23:7

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : นายธวัชชัย เสือบุญ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

## ส่วนที่ 3 : หน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ บริษัท โซติกรณพิบูลย์ จำกัด

ที่ตั้ง เลขที่ 15/5 ม.1 ต.หนองกรด อ.เมืองนครสวรรค์ จ.นครสวรรค์ 60240 โทรศัพท์

ว.ด.ป.ที่บันทึกข้อมูล	ว.ด.ป.ที่รับมอบมูลฝอย	ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่กำจัด (กก.)	ชื่อ จนท. ผู้รับมอบมูลฝอย
02/10/2567	02/10/2567	424	นางวาสนา เมณฑกุล

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : นางสาวบัวชมพู ปิรัญทะ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

วันที่พิมพ์ : 14/01/2568

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.04 ส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่โรงพยาบาลตั้งอยู่

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ บริษัท เทรินด์ อินเตอร์เทรด จำกัด โทรศัพท์ 02-454-8040  
 ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10 °C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ  
 เลขทะเบียน 1๓๕ 1๖๖8 ชื่อคนขับรถ โทรศัพท.  
 ชื่อพนักงานเก็บขน โทรศัพท.

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อ จนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
25/1/67	พ.จ.ที่าริตท์ฮาศะ	09.00	09.25	42A		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย  
 ชื่อตัวบรรจง

15/5 ม.1 ต.หนองกรด อ.เมือง จ.นครสวรรค์ 60000  
 สถานที่กำจัด : โทรศัพท์มือถือ 086-4466295 086-4001520 050-9409932  
 โทรศัพท์

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ 42A กิโลกรัม  
 ชื่อตัวบรรจง ลายเซ็น ว.ด.ป. 25-9-67 ที่รับมอบ

ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ  
 โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา  
 โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากาศ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

วันที่..... 25 - 9 - 67 .....

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

ทะเบียนรถ..... 21008 1628 .....

เวลารับ..... 07.00 .....

เวลาออก..... 07.25 .....

ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ	ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ
1	19		11	30	
2	45		12	15	
3	30		13	22	
4	25		14	24	
5	19		15	22	
6	29		16	20	
7	25		17	34	
8	18		18		
9	22		19		
10	26		20		

สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น..... 424 ..... กิโลกรัม

บริษัทฯ ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค

☒ ได้ทำเรียบร้อยแล้ว
 ☐ ไม่ได้ทำ เพราะ.....

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากาศ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

ลงชื่อ..... ( )

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ลงชื่อ..... ( )

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)



เลขที่ ดช. 671025-25002

## เอกสารกำกับขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (ตข.)

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
25/10/2567	23/10/2567	07:00 น.	435	คุณนิสิทธิ์ เนียมพันธ์

คำรับรองของผู้ก่อเกิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว  
ลงชื่อ : คุณภักจิรา งามขำ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

ส่วนที่ 2 : หน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ
ชื่อหน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ บริษัท เทรนด์ อินเตอร์เทรต จำกัด โทรศัพท์ 02-4548040 ลักษณะพาหนะที่ใช้ <input type="checkbox"/> 1. ปรับอุณหภูมิ 10 °C หรือต่ำกว่าได้ <input type="checkbox"/> 2. อื่นๆ ระบุ เลขทะเบียน 2ผด9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรณ์ สุขนุช โทรศัพท์ ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวี โทรศัพท์ วันเวลายืนยัน 25/10/2567 10:38

การถ่ายโอนมูลฝอยติดเชื้อ เลขทะเบียน 2ผด9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรณ์ สุขนุช โทรศัพท์ ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวี โทรศัพท์ วันเวลายืนยัน 25/10/2567 10:38
--

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว  
ลงชื่อ : นายธวัชชัย เมืองบุญ (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
24/10/2567	24/10/2567	435	นายชัยรัตน์ ดวงทิม

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว  
ลงชื่อ : นางสาวทองกร พันธุ์ไสว (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

วันที่พิมพ์ : 14/01/2568

คช.04

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ คช.04 ส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่โรงพยาบาลตั้งอยู่

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ บริษัท เทรนด์ อินเตอร์เทรด จำกัด โทรศัพท์ 02-454-8040

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

เลขทะเบียน 2 ทด 9780 ชื่อคนขับรถ โทรศัพท

ชื่อพนักงานเก็บขน โทรศัพท

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อ จนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
23/10/19	ท.สุวิทย์ ทัศนศิลป์	09.00	09.15	135		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจุ ลายเซ็น

สถานที่กำจัด : บริษัท บางปู เอ็มโพรเนนทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด ที่อยู่ 965 ม.2 นิคมบางปู อ.บางปูใหม่ จ.สมุทรปราการ

โทรศัพท์ 02-2546 โทรสาร 02-709-2547

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ 135 กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจุ ลายเซ็น ว.ด.ป. 31/10/19 ที่รับมอบ

ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ  
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา  
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิเทพย์ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

เวลารับ.....07.00.....

วันที่.....22-10-67.....

ทะเบียนรถ.....2 พค 9980.....

เวลาออก.....07.15.....

ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ	ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ
1	31		11	20	
2	33		12	17	
3	21		13	12	
4	27		14	23	
5	42		15	27	
6	42		16	31 31	
7	29		17		
8	30		18		
9	29		19		
10	21		20		

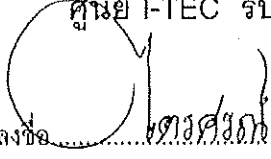
สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น.....435.....กิโลกรัม

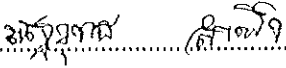
บริษัท ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค

☒ ได้ทำเรียบร้อยแล้ว ☐ ไม่ได้ทำ เพราะ.....

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อดิเทพย์ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

ลงชื่อ..........  
( )

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ลงชื่อ..........  
( )

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)



เลขที่ ดช. 671128-25031

## เอกสารกำกับขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (ตข.)

## 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
28/11/2567	27/11/2567	06:50 น.	409	คุณนิลธิ์ 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 2ฅฉ9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรสรณ์ สุขนุช โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวิ โทรศัพท์

วันเวลายืนยัน 30/11/2567 22:4

การถ่ายโอนมูลฝอยติดเชื้อ เลขทะเบียน 2ฅฉ9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรสรณ์ สุขนุช โทรศัพท์

ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวิ โทรศัพท์ วันเวลายืนยัน 30/11/2567 22:4

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
30/11/2567	30/11/2567	409	นายชัยรัตน์ ดวงทิม

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ : นางสาวทองกร พันธุ์ไสว (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

วันที่พิมพ์ : 14/01/2568

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ดช.04 ส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่โรงพยาบาลตั้งอยู่

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ บริษัท เทรินด์ อินเตอร์เทรด จำกัด โทรศัพท์ 02-454-8040  
 ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10 °C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ  
 เลขทะเบียน 2 พท 9780 ชื่อคนขับรถ โทรศัพท  
 ชื่อพนักงานเก็บขน โทรศัพท

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อ จนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
27/11/67	พ. บุรินทร์ ทัศนีย์	06.50	07.10	409	ดร.กนก วัฒน	

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

สถานที่กำจัด : บริษัท บรจ. เอ็นไวรอนเม้นทัล ลอนเทค จำกัด ที่อยู่..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม  
 ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป. 27/11/67 ที่รับมอบ

ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ  
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา  
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากาศย์ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

วันที่ 27 - 11 - 67

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

ทะเบียนรถ 2 ทด 9980

เวลารับ 06.50

เวลาออก 07.10

ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ	ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ
1	33		11	28	
2	32		12	23	
3	32		13	23	
4	36		14	28	
5	24		15	18	
6	30		16		
7	26		17		
8	30		18		
9	21		19		
10	25		20		

สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น 409 กิโลกรัม

บริษัท ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค



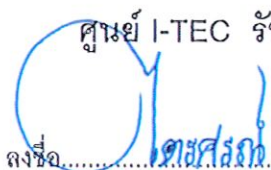
ได้ทำเรียบร้อยแล้ว



ไม่ได้ทำ เพราะ

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากาศย์ จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี

ลงชื่อ



(

)

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ลงชื่อ



(

)

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)



เลขที่ ดช. 671226-25001

## 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
26/12/2567	25/12/2567	07:00 น.	325	คุณนิสิทธิ์ เนียมพันธ์

คำรับรองของผู้ก่อเกิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว  
ลงชื่อ : คุณภักจิรา งามขำ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

## ส่วนที่ 2 : หน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ บริษัท เทรนด์ อินเตอร์เทรด จำกัด โทรศัพท์ 02-4548040  
ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10 °C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ  
เลขทะเบียน 2ผด9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรณ์ สุขนุช โทรศัพท์  
ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวี โทรศัพท์  
วันเวลายืนยัน 26/12/2567 14:1

การถ่ายโอนมูลฝอยติดเชื้อ เลขทะเบียน 2ผด9780 ชื่อพนักงานขับรถ นายไตรศรณ์ สุขนุช โทรศัพท์  
ชื่อพนักงานเก็บขน นายณัฐวัฒน์ มหาวี โทรศัพท์ วันเวลายืนยัน 26/12/2567 14:1

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว  
ลงชื่อ : นายธวัชชัย เอื้องบุญ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

## ส่วนที่ 3 : หน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

ชื่อหน่วยงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ บริษัทบริษัท บางปู เอ็นไวรอนเมนทอล 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
25/12/2567	25/12/2567	325	นายชัยรัตน์ ดวงทิม

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว  
ลงชื่อ : นางสาวทองกร พันธิไสว (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ)

วันที่พิมพ์ : 14/01/2568

## เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.04 ส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่โรงพยาบาลตั้งอยู่

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ บริษัท เทรินด์ 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
25/12/67	พ. จุฬารัตน์ อยุธยา	09.00	09.20	325		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง

ลายเซ็น

สถานที่กำจัด :

จ. บางปู เขตเมืองมณฑล ต.เมืองเก่า จำกัด ที่อยู่ 965 ม.2 บึงมาบางปู ต.บางใหญ่ จ.สมุทรปราการ

โทรศัพท์

02-2546

โทรสาร

02-2547

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ

กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง

ลายเซ็น

ว.ด.ป.

25/12/67 ที่รับมอบ

ใบบันทึกจำนวนมูลฝอยติดเชื้อ  
โครงการบริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผา  
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากาศย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

ดำเนินการรับมูลฝอยติดเชื้อ

เวลารับ.....07.00.....

วันที่ 20 - 12 - 67.....

ทะเบียนรถ 2 กก 9780.....

เวลาออก.....07.20.....

ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ	ลำดับที่	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ (กก.)	หมายเหตุ
1	24		11	23	
2	27		12	25	
3	24		13	17	
4	22		14	16	
5	19		15	18	
6	19		16		
7	15		17		
8	31		18		
9	28		19		
10	22		20		

สรุปปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

รวมเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น..... 325 ..... กิโลกรัม

บริษัทฯ ทำความสะอาดถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และพื้นที่บริเวณอาคารพักมูลฝอยติดเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค

☒ ได้ทำเรียบร้อย
 ☐ ไม่ได้ทำ เพราะ.....

ศูนย์ I-TEC รับจาก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อากาศย์ จำกัด จังหวัดปราชินบุรี

ลงชื่อ..... ( )

(รับมอบมูลฝอยติดเชื้อ)

ลงชื่อ..... ( )

(ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อ)