

ภาคผนวก ข

สำเนาเอกสารตารางการตรวจสอบทำความสะอาดห้องน้ำ

ตารางการทำความสะอาดห้องน้ำ (แห้ง หอม สะอาด ปลอดภัย)

สถานที่.....นิติบุคคลอาคารชุด บ้านสำราญลม.....เดือน.....ปี.....ผู้ปฏิบัติงาน.....นางสาวสายธาร.....ผู้ตรวจสอบ.....นางสาวปณิดา.....

ลำดับ	รายการ	วันที่																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	เรื่องความสะอาด																															
1	พื้นห้องน้ำแห้ง สะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือสะอาด ไม่มีคราบสกปรก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	โถสุขภัณฑ์สะอาด ไม่มีคราบสกปรก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระจกใส สะอาด ไม่มีฝ้า	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ผนัง/เพดานสะอาด ไม่มีฝุ่น/คราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	บริเวณห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	ถังขยะไม่มีกลิ่น ขยะไม่เต็ม	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	เรื่องความสะอาดก /วัสดุอุปกรณ์																															
1	สบู่มือว กระดาษชำระ มีพร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	ถุงขยะ มีพร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ไฟ/หลอดไฟ พร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	ประตูหน้าต่าง/ในห้อง สะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	ลงชื่อผู้ปฏิบัติงาน	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.
	ลงชื่อผู้ตรวจ	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.
	ข้อเสนอแนะ/ความเสี่ยงที่พบ :																															

- ข้อแนะนำ 1. ผู้ปฏิบัติงาน ต้องดูแลความสะอาดทุกครั้งทุกๆ 2 ชม.เครื่องหมาย / เมื่อทำความสะอาดและความสะอาดแล้ว พร้อมลงชื่อ วันละ 1 ครั้ง
2. ผู้ตรวจสอบ ตรวจสอบการทำความสะอาด / ความสะอาด ของผู้ปฏิบัติงาน ลงชื่อ วันละ 1 ครั้ง เขียนข้อเสนอแนะ/หรือความเสี่ยงที่พบ (ถ้ามี)

ตารางการทำความสะอาดห้องน้ำ (แห้ง หอม สะอาด ปลอดภัย)

สถานที่.....นิติบุคคลอาคารชุด บ้านสำราญลม.....เดือน.....ปี.....ผู้ปฏิบัติงาน.....นางสาวสายธาร.....ผู้ตรวจสอบ.....นางสาวปณิดา.....

ลำดับ	รายการ	วันที่																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
	เรื่องความสะอาด																													
1	พื้นห้องน้ำแห้ง สะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	อ่างล้างมือสะอาด ไม่มีคราบสกปรก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	โถสุขภัณฑ์สะอาด ไม่มีคราบสกปรก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	กระจกใส สะอาด ไม่มีฝ้า	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	ผนัง/เพดานสะอาด ไม่มีฝุ่น/คราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	บริเวณห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	ถังขยะไม่มีกลิ่น ขยะไม่เต็ม	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	เรื่องความสะอาดก /วัสดุอุปกรณ์																													
1	สบู่มือว กระดาษชำระ มีพร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	ถุงขยะ มีพร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	ไฟ/หลอดไฟ พร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	ประตูหน้าต่าง/ในห้อง สะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	ลงชื่อผู้ปฏิบัติงาน	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.
	ลงชื่อผู้ตรวจ	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.
	ข้อเสนอแนะ/ความเสี่ยงที่พบ :																													

- ข้อแนะนำ 1. ผู้ปฏิบัติงาน ต้องดูแลความสะอาดทุกครั้งทุกๆ 2 ชม.เครื่องหมาย / เมื่อทำความสะอาดและความสะอาดแล้ว พร้อมลงชื่อ วันละ 1 ครั้ง
2. ผู้ตรวจสอบ ตรวจสอบการทำความสะอาด / ความสะอาด ของผู้ปฏิบัติงาน ลงชื่อ วันละ 1 ครั้ง เขียนข้อเสนอแนะ/หรือความเสี่ยงที่พบ (ถ้ามี)

ตารางการทำความสะอาดห้องน้ำ (แห้ง หอม สะอาด ปลอดภัย)

สถานที่.....นิติบุคคลอาคารชุด บ้านสำราญลม.....เดือน.....ปี ๒๕๖๙ ผู้ปฏิบัติงาน.....นางสาวสายธาร.....ผู้ตรวจสอบ.....นางสาวปณิดา.....

ลำดับ	รายการ	วันที่																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	เรื่องความสะอาด																															
1	พื้นห้องน้ำแห้ง สะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
2	อ่างล้างมือสะอาด ไม่มีคราบสกปรก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
3	โถสุขภัณฑ์สะอาด ไม่มีคราบสกปรก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
4	กระบอกใส สะอาด ไม่มีฝ้า	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
5	ผนัง/เพดานสะอาด ไม่มีฝุ่น/คราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
6	บริเวณห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
7	ถังขยะไม่มีกลิ่น ขยะไม่เต็ม	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	เรื่องความสะอาด / วัสดุอุปกรณ์																															
1	สบู่มือว กระจายชำระ มีพร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
2	ถังขยะ มีพร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
3	ไฟ/หลอดไฟ พร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
4	ประตูหน้าต่าง/ในห้อง สะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	ลงชื่อผู้ปฏิบัติงาน	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	
	ลงชื่อผู้ตรวจ	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	
	ข้อเสนอแนะ/ความเสี่ยงที่พบ :																															

- ข้อเสนอแนะ 1. ผู้ปฏิบัติงาน ต้องดูแลความสะอาดทุกครั้งทุกๆ 2 ชม.เครื่องหมาย / เมื่อทำความสะอาดและความสะอาดแล้ว พร้อมลงชื่อ วันละ 1 ครั้ง
2. ผู้ตรวจสอบ ตรวจสอบการทำความสะอาด / ความสะอาด ของผู้ปฏิบัติงาน ลงชื่อ วันละ 1 ครั้ง เขียนข้อเสนอแนะ/หรือความเสี่ยงที่พบ (ถ้ามี)

ตารางการทำความสะอาดห้องน้ำ (แห้ง หอม สะอาด ปลอดภัย)

สถานที่.....นิติบุคคลอาคารชุด บ้านสำราญลม.....เดือน.....ปี ๒๕๖๙ ผู้ปฏิบัติงาน.....นางสาวสายธาร.....ผู้ตรวจสอบ.....นางสาวปณิดา.....

ลำดับ	รายการ	วันที่																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	เรื่องความสะอาด																															
1	พื้นห้องน้ำแห้ง สะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
2	อ่างล้างมือสะอาด ไม่มีคราบสกปรก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
3	โถสุขภัณฑ์สะอาด ไม่มีคราบสกปรก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
4	กระบอกใส สะอาด ไม่มีฝ้า	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
5	ผนัง/เพดานสะอาด ไม่มีฝุ่น/คราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
6	บริเวณห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
7	ถังขยะไม่มีกลิ่น ขยะไม่เต็ม	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	เรื่องความสะอาด / วัสดุอุปกรณ์																															
1	สบู่มือว กระจายชำระ มีพร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
2	ถังขยะ มีพร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
3	ไฟ/หลอดไฟ พร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
4	ประตูหน้าต่าง/ในห้อง สะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	ลงชื่อผู้ปฏิบัติงาน	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	
	ลงชื่อผู้ตรวจ	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	
	ข้อเสนอแนะ/ความเสี่ยงที่พบ :																															

- ข้อเสนอแนะ 1. ผู้ปฏิบัติงาน ต้องดูแลความสะอาดทุกครั้งทุกๆ 2 ชม.เครื่องหมาย / เมื่อทำความสะอาดและความสะอาดแล้ว พร้อมลงชื่อ วันละ 1 ครั้ง
2. ผู้ตรวจสอบ ตรวจสอบการทำความสะอาด / ความสะอาด ของผู้ปฏิบัติงาน ลงชื่อ วันละ 1 ครั้ง เขียนข้อเสนอแนะ/หรือความเสี่ยงที่พบ (ถ้ามี)

ตารางการทำความสะอาดห้องน้ำ (แห้ง หอม สะอาด ปลอดภัย)

สถานที่...นิติบุคคลอาคารชุด บ้านสำราญลม...เดือน...พ.ค. ๖๖...ผู้ปฏิบัติงาน...นางสาวสายธาร...ผู้ตรวจสอบ...นางสาวปณิดา...

ลำดับ	รายการ	วันที่																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	เรื่องความสะอาด																															
1	พื้นห้องน้ำแห้ง สะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
2	อ่างล้างมือสะอาด ไม่มีคราบสกปรก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
3	โถสุขภัณฑ์สะอาด ไม่มีคราบสกปรก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
4	กระบอกใสสะอาด ไม่มีฝ้า	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
5	ผนัง/เพดานสะอาด ไม่มีฝุ่น/คราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
6	บริเวณห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
7	ถังขยะไม่มีกลิ่น ขยะไม่เต็ม	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	เรื่องความสะอาด / วัสดุอุปกรณ์																															
1	สบู่มือวาง กระดาษชำระ มีพร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
2	ถังขยะ มีพร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
3	ไฟ/หลอดไฟ พร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
4	ประตูหน้าต่าง/ในห้อง สะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	ลงชื่อผู้ปฏิบัติงาน	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	
	ลงชื่อผู้ตรวจ	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	
	ข้อเสนอแนะ/ความเสี่ยงที่พบ :																															

- ข้อแนะนำ 1. ผู้ปฏิบัติงาน ต้องดูแลความสะอาดทุกครั้งทุกๆ 2 ชม.เครื่องหมาย / เมื่อทำความสะอาดและความสะอาดแล้ว พร้อมลงชื่อ วันละ 1 ครั้ง
2. ผู้ตรวจสอบ ตรวจสอบการทำความสะอาด / ความสะอาด ของผู้ปฏิบัติงาน ลงชื่อ วันละ 1 ครั้ง เขียนข้อเสนอแนะ/หรือความเสี่ยงที่พบ (ถ้ามี)

ตารางการทำความสะอาดห้องน้ำ (แห้ง หอม สะอาด ปลอดภัย)

สถานที่...นิติบุคคลอาคารชุด บ้านสำราญลม...เดือน...มิถุนายน...ผู้ปฏิบัติงาน...นางสาวสายธาร...ผู้ตรวจสอบ...นางสาวปณิดา...

ลำดับ	รายการ	วันที่																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	เรื่องความสะอาด																															
1	พื้นห้องน้ำแห้ง สะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
2	อ่างล้างมือสะอาด ไม่มีคราบสกปรก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
3	โถสุขภัณฑ์สะอาด ไม่มีคราบสกปรก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
4	กระบอกใสสะอาด ไม่มีฝ้า	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
5	ผนัง/เพดานสะอาด ไม่มีฝุ่น/คราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
6	บริเวณห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
7	ถังขยะไม่มีกลิ่น ขยะไม่เต็ม	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	เรื่องความสะอาด / วัสดุอุปกรณ์																															
1	สบู่มือวาง กระดาษชำระ มีพร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
2	ถังขยะ มีพร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
3	ไฟ/หลอดไฟ พร้อมใช้	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
4	ประตูหน้าต่าง/ในห้อง สะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	ลงชื่อผู้ปฏิบัติงาน	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	
	ลงชื่อผู้ตรวจ	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	ส.ท.	
	ข้อเสนอแนะ/ความเสี่ยงที่พบ :																															

- ข้อแนะนำ 1. ผู้ปฏิบัติงาน ต้องดูแลความสะอาดทุกครั้งทุกๆ 2 ชม.เครื่องหมาย / เมื่อทำความสะอาดและความสะอาดแล้ว พร้อมลงชื่อ วันละ 1 ครั้ง
2. ผู้ตรวจสอบ ตรวจสอบการทำความสะอาด / ความสะอาด ของผู้ปฏิบัติงาน ลงชื่อ วันละ 1 ครั้ง เขียนข้อเสนอแนะ/หรือความเสี่ยงที่พบ (ถ้ามี)