

อาคาร/ห้อง...บริหาร..... ประจำเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563

ผู้ปฏิบัติงาน DL.....

รายละเอียด	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																															
พื้นห้องน้ำแห่งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ฝานั่ง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1					สัปดาห์ที่ 2					สัปดาห์ที่ 3					สัปดาห์ที่ 4															
	ลงวันที่ <u>5</u>					ลงวันที่ <u>12</u>					ลงวันที่ <u>19</u>					ลงวันที่ <u>26</u>															
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....
 (นางสาววิมลภรณ์ กัญญาไพฑูริย์)
 ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่ควบคุมคุณภาพห้องน้ำ

อาคาร/ห้อง.....โรงน้ำ.....

ประจำเดือน.....พฤศจิกายน พ.ศ. 2568.....

ผู้ปฏิบัติงาน.....ศ......

รายละเอียด	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																																		
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
ฝารอง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
กระจกสะอาด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4												
	ลงวันที่ <u>2</u>							ลงวันที่ <u>9</u>							ลงวันที่ <u>16</u>							ลงวันที่ <u>23, 30</u>												
เรื่องความสะอาด																																		
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....ศ......
 (น.ส. ศักดา ศุภพรวิตร)
 ตำแหน่ง.....เจ้าหน้าที่บริหารทั่วไป ฐาน ๗.....

อาคาร/ห้อง.....27/นิร..... ประจำเดือน ธ.ค. พ.ศ. 63

ผู้ปฏิบัติงาน ด.

รายละเอียด	วันที่																														
	1	2	3	4	๕	๖	7	8	9	๑๐	๑๑	๑๒	๑๓	14	15	16	17	18	๑๙	๒๐	21	22	23	24	25	๒๖	27	28	29	30	๓๑
เรื่องความสะอาด																															
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ฝารอง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1						สัปดาห์ที่ 2						สัปดาห์ที่ 3						สัปดาห์ที่ 4												
	ลงวันที่ <u>๗</u>						ลงวันที่ <u>๑๔</u>						ลงวันที่ <u>๒๑</u>						ลงวันที่ <u>๒๘</u>												
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....ด......
 (.....ด.ศ. ลัดดาภรณ์ ลัดประเสริฐ.....)
 ตำแหน่ง.....เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป วิทยาลัยเกษตรศาสตร์.....

อาคาร/ห้อง..... สว. ๗ ประจำเดือน ๗.๑ พ.ศ. ๖๕

ผู้ปฏิบัติงาน ๗๕

รายละเอียด	วันที่																																	
	๑	๒	๓	4	5	6	7	8	๙	๑๐	11	12	13	14	15	๑๖	๑๗	18	19	20	21	22	๒๓	๒๔	25	26	27	28	29	๓๐	๓๑			
เรื่องความสะอาด																																		
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียกหรือมีน้ำหยด	✓	✓	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	✓	✓	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	✓	✓	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	✓	✓	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
กระจกสะอาด	✓	✓	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	✓	✓	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	✓	✓	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4												
	ลงวันที่ <u>๗</u>							ลงวันที่ <u>๗</u>							ลงวันที่ <u>๑๘</u>							ลงวันที่ <u>๒๕</u>												
เรื่องความสะอาด																																		
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	✓	✓	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	✓	✓	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	✓	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ๗๕
 (น.ส. ลัดดา คัญสวัสดิ์)
 ตำแหน่ง: เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ๗๖๐ ๗๗๕๗๗

อาคาร/ห้อง..... 25515..... ประจำเดือน ก.พ. พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้ปฏิบัติงาน ๕

รายละเอียด	วันที่																																	
	1	2	3	4	5	๖	๗	8	9	10	11	12	๑๓	๑๔	15	16	17	18	19	๒๐	๒๑	22	23	24	25	๒๖	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐	๓๑			
เรื่องความสะอาด																																		
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4												
	ลงวันที่ 1.....							ลงวันที่ 8.....							ลงวันที่ 15.....							ลงวันที่ 22.....												
เรื่องความสะอาด																																		
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ๕
 (น.ศ. ดิภาภา ลือสมภโว).....
 ตำแหน่ง ใจเนนาที่มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรฯ ราชบุรี

อาคาร/ห้อง.....2/5 นร..... ประจำเดือน.....ธ.ค...... พ.ศ.....64.....

ผู้ปฏิบัติงาน.....อ......

รายละเอียด	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																																
พื้นห้องน้ำแห่งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ฝารอง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
โกชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1				สัปดาห์ที่ 2				สัปดาห์ที่ 3				สัปดาห์ที่ 4																			
	ลงวันที่ <u>1</u>				ลงวันที่ <u>8</u>				ลงวันที่ <u>15</u>				ลงวันที่ <u>22, 29</u>																			
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....อ.ก......
(น.ศ. ศึกษาศาสตร์ สาขาบริหารการศึกษาศาสตร์)
ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการโรงเรียน

อาคาร/ห้อง..... ๔๕๖๕..... ประจําเดือน ๒๕-๒..... พ.ศ. ๖๔.....

ผู้ปฏิบัติงาน ๔.....

รายละเอียด	วันที่																															
	1	2	๓	๔	5	๖	7	8	9	๑๐	๑๑	๑๒	๑๓	๑๔	๑๕	16	๑๗	๑๘	19	20	21	22	23	๒๔	๒๕	26	27	28	29	30	๓๑	
เรื่องความสะอาด																																
พื้นห้องน้ำแห่งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ฝ้านั่ง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1					สัปดาห์ที่ 2					สัปดาห์ที่ 3					สัปดาห์ที่ 4																
	ลงวันที่ ๕.....					ลงวันที่ 1๖.....					ลงวันที่ 19.....					ลงวันที่ 2๖.....																
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... กว..... ก
(นต สกสกต กษชพ.๒๕๖๔)
ตำแหน่ง..... ๒๕๖๔ กษชพ.๒๕๖๔.....

อาคาร/ห้อง..... ๖๐๗..... ประจำเดือน..... ๗-๘..... พ.ศ..... ๖๔

ผู้ปฏิบัติงาน..... ๖๕.....

รายละเอียด	วันที่																															
	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑๓	๑๔	๑๕	๑๖	๑๗	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕	๒๖	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐	๓๑	
เรื่องความสะอาด																																
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ถังขยะไม้ถัง / ไม้เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1				สัปดาห์ที่ 2				สัปดาห์ที่ 3				สัปดาห์ที่ 4																			
	ลงวันที่ ๕				ลงวันที่ ๑๑				ลงวันที่ ๑๗				ลงวันที่ ๒๔, ๓๑																			
เรื่องความสะอาด																																
กระดาดชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ๖๕.....
(น.ส. สกาทก สุธาภากร)
ตำแหน่ง ๖ ตำบลท่าทราย กรุงเทพมหานคร

อาคาร/ห้อง..... หอประชุม ประจำเดือน มิ.ย พ.ศ. ๖๕

ผู้ปฏิบัติงาน ช.

รายละเอียด	วันที่																														
	1	2	3	4	๕	๖	7	8	9	10	11	๑๒	๑๓	14	15	16	17	18	๑๙	๒๐	21	22	23	24	25	๒๖	๒๗	28	29	30	๓๑
เรื่องความสะอาด																															
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1				สัปดาห์ที่ 2				สัปดาห์ที่ 3				สัปดาห์ที่ 4																		
	ลงวันที่ <u>๗</u>				ลงวันที่ <u>๑๔</u>				ลงวันที่ <u>๒๑</u>				ลงวันที่ <u>๒๘</u>																		
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ค.ท.
 (น.ส. ศกนดา สังข์ขำ 1535)
 ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

อาคาร/ห้อง..... ๘๐๗๕ ประจำเดือน ๑๑ พ.ศ. ๖๔

ผู้ปฏิบัติงาน ๕๑

รายละเอียด	วันที่																																	
	1	2	๓	๔	5	6	7	8	9	๑๐	๑๑	12	13	14	15	16	๑๗	๑๘	19	20	21	22	23	๒๔	๒๕	๒๖	27	28	29	30	๓๑			
เรื่องความสะอาด																																		
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ผ้าผืน / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1				สัปดาห์ที่ 2				สัปดาห์ที่ 3				สัปดาห์ที่ 4																					
	ลงวันที่ ๕				ลงวันที่ ๑๒				ลงวันที่ ๑๙				ลงวันที่ ๒๖																					
เรื่องความสะอาด																																		
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ๕๑
(น.ศ. ศกษณ ค.ย.ป.๑๕๖๖)
ตำแหน่ง... เจ้าหน้าที่ ควบคุมงานทั่วไป งานเกษตร

อาคาร/ห้อง..... สวน ประจำเดือน ธ.ค. พ.ศ. ๖๕

ผู้ปฏิบัติงาน ด.ช.

รายละเอียด	วันที่																															
	๑	2	3	4	5	6	๗	๘	9	10	11	๑๒	13	๑๔	๑๕	16	17	18	19	20	๒๑	๒๒	23	24	25	26	27	๒๘	๒๙	30	31	
เรื่องความสะอาด																																
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4										
	ลงวันที่ <u>2</u>							ลงวันที่ <u>9</u>							ลงวันที่ <u>16</u>							ลงวันที่ <u>23, 30</u>										
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ด.ช. สว่าง
(น.ศ. กิ่งกมล สว่าง)
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ มอ.ท. เวลา ๗.๓๐-๗.๕๐ ๓๓๓๓๓

อาคาร/ห้อง.....สารนิรม..... ประจำเดือน ก.ย......พ.ศ. ๖๔.....

ผู้ปฏิบัติงานฉา.....

รายละเอียด	วันที่																															
	1	2	3	๔	๕	6	7	8	9	10	๑๑	๑๒	13	14	15	16	17	๑๘	๑๙	20	21	22	๒๓	๒๔	๒๕	26	27	28	29	30	๓๑	
เรื่องความสะอาด																																
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1					สัปดาห์ที่ 2					สัปดาห์ที่ 3					สัปดาห์ที่ 4																
	ลงวันที่ <u>๖</u>					ลงวันที่ <u>13</u>					ลงวันที่ <u>2๐</u>					ลงวันที่ <u>27</u>																
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....ฉา.....
 (น.ส. ศกษดา ดัชชาศิริ.....)
 ตำแหน่ง บ้านน้ำผึ้งวิฑูรย์ ฐาน ๒๐ ๖๓๓๔๓๓

อาคาร/ห้อง..... ๓๐๖..... ประจำเดือน ๑๓ พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้ปฏิบัติงาน *๑๖*

รายละเอียด	วันที่																																			
	1	๒	๓	4	5	6	7	8	๙	๑๐	11	12	๑๓	14	15	๑๖	๑๗	18	19	20	21	๒๒	๒๓	๒๔	25	26	27	28	29	๓๐	๓๑					
เรื่องความสะอาด																																				
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4														
	ลงวันที่ ๕							ลงวันที่ 11							ลงวันที่ 18							ลงวันที่ 25														
เรื่องความสะอาด																																				
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																				

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... *ศก. ๑*

(น.ส. ศักขณา สุธยกุล)

ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่ช่วยบริหารทั่วไป ภาควิชาเกษตร

อาคาร/ห้อง.....207/105..... ประจำเดือนพ.ย...... พ.ศ.....๒๕๖๒.....

ผู้ปฏิบัติงานนร.....

รายละเอียด	วันที่																																	
	1	2	3	4	5	๖	๗	8	9	10	11	12	๑๓	๑๔	15	16	17	18	19	๒๐	๒๑	22	23	24	25	26	๒๗	๒๘	29	30	31			
เรื่องความสะอาด																																		
พื้นห้องน้ำแห่งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
ฝารอง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
กระจกสะอาด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4												
	ลงวันที่ <u>1</u>							ลงวันที่ <u>8</u>							ลงวันที่ <u>15</u>							ลงวันที่ <u>22, 29</u>												
เรื่องความสะอาด																																		
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....นร.....
 (.....น.ส. ศักกภา ด้อยขจร.....)
 ตำแหน่ง.....เจ้าหน้าที่ช่วยตรวจสอบทั่วไป.....

อาคาร/ห้อง..... ๘๕๒๕..... ประจำเดือน ๐๙..... พ.ศ..... ๖๔.....

ผู้ปฏิบัติงาน ๗๖.....

รายละเอียด	วันที่																																
	1	2	3	๔	๕	๖	7	8	9	๑๐	๑๑	๑๒	13	14	15	16	17	๑๘	๑๙	20	21	22	23	24	๒๕	๒๖	27	28	29	30	๓๑		
เรื่องความสะอาด																																	
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ฝ้ามั่ง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โกชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1						สัปดาห์ที่ 2						สัปดาห์ที่ 3						สัปดาห์ที่ 4														
	ลงวันที่ ๗.....						ลงวันที่ ๑๓.....						ลงวันที่ ๒๐.....						ลงวันที่ ๒๖.....														
เรื่องความสะอาด																																	
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																	

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ๗๖.....
(นศ อภิรักษ์ สุขประเสริฐ)
ตำแหน่ง พนักงานทำความสะอาด อาคาร ๘๕๒๕

อาคาร/ห้อง..... ๕๒๗๑๕..... ประจำเดือน .. ๒.๑. พ.ศ. ๖๕...

ผู้ปฏิบัติงาน ๗๑.....

รายละเอียด	วันที่																															
	๑	๒	๓	4	5	6	7	๘	๙	10	11	12	13	14	๑๕	๑๖	17	18	19	20	21	๒๒	๒๓	24	25	26	27	28	๒๙	๓๐	31	
เรื่องความสะอาด																																
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่มีเปียกหรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ฝารอง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4										
	ลงวันที่ ๔							ลงวันที่ ๑๐							ลงวันที่ ๑๗							ลงวันที่ ๒๓, ๓๑										
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ๗๑.....
(น.ศ. ต.กบค. ก่อปรการ)
ตำแหน่ง 1.ช่างช่างบริหารงานทั่วไป ๒.ช่างก่อสร้าง

อาคาร/ห้อง..... ๘๖๖.๕ ประจำเดือน ก.พ. พ.ศ. ๖๕

ผู้ปฏิบัติงาน ๘๖

รายละเอียด	วันที่																																	
	1	2	3	4	๕	๖	7	8	9	10	11	1๒	๑๓	14	15	1๖	17	18	๑๙	๒๐	21	22	23	24	25	๒๖	๒๗	28	๒๙	30	31			
เรื่องความสะอาด																																		
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ผ้าผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1				สัปดาห์ที่ 2				สัปดาห์ที่ 3				สัปดาห์ที่ 4																					
	ลงวันที่ -				ลงวันที่ ๙				ลงวันที่ 14				ลงวันที่ ๒1, 2๘																					
เรื่องความสะอาด																																		
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... *ศ.ก. ๙*
 (น.ส. ศ.ก.ก. ๙๖๖.๕)
 ตำแหน่ง: เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป งานสุขุม

อาคาร/ห้อง..... ๕๒๕..... ประจำเดือน ๕๓๑..... พ.ศ..... ๖๕

ผู้ปฏิบัติงาน ๕๔.....

รายละเอียด	วันที่																																	
	1	2	3	4	๕	๖	7	8	9	10	11	๑๒	๑๓	14	15	16	17	18	๑๙	๒๐	21	22	23	24	25	๒๖	๒๗	28	29	30	31			
เรื่องความสะอาด																																		
พื้นห้องน้ำแห่งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ฝาน้ำ / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4												
	ลงวันที่ ๗.....							ลงวันที่ ๑๔.....							ลงวันที่ ๒๑.....							ลงวันที่ ๒๘.....												
เรื่องความสะอาด																																		
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ๕๕.....
(..... น.ศ. กนกน ต.ศ. ป. อ. ก. ร.)
ตำแหน่ง..... ๑๖.....

อาคาร/ห้อง..... 215/15 ประจำเดือน ธ.ค. พ.ศ. 65

ผู้ปฏิบัติงาน จจ

รายละเอียด	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																																				
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1					สัปดาห์ที่ 2					สัปดาห์ที่ 3					สัปดาห์ที่ 4																				
	ลงวันที่ <u>4</u>					ลงวันที่ <u>11</u>					ลงวันที่ <u>18</u>					ลงวันที่ <u>28</u>																				
เรื่องความสะอาด																																				
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																				

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... จจ
 (..... จจ)
 ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่ บอกรักษาไฟฟ้า ๐๓๓๓๓

อาคาร/ห้อง..... 575 ประจำเดือน พ.ค. พ.ศ. 65

ผู้ปฏิบัติงาน..... จ.ก.

รายละเอียด	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																															
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4									
	ลงวันที่ <u>2</u>							ลงวันที่ <u>9</u>							ลงวันที่ <u>17</u>							ลงวันที่ <u>23, 30</u>									
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... จ.ก.
 (..... จ.ก.)
 ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่ 05 ๓ รวณหา ๐ ๓๓๓๓๓

อาคาร/ห้อง..... 2/1015 ประจำเดือน 2. 5 พ.ศ. 65

ผู้ปฏิบัติงาน *[Signature]*

รายละเอียด	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																															
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ผ้าผืน / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1					สัปดาห์ที่ 2					สัปดาห์ที่ 3					สัปดาห์ที่ 4															
	ลงวันที่ 6					ลงวันที่ 13					ลงวันที่ 20					ลงวันที่ 27															
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... *[Signature]*
 (น.ศ. สดกท. วัลย์ประเสริฐ)
 ตำแหน่ง..... ช่างบำรุงประปาหอพัก 30 อาคาร ๓๓

อาคาร/ห้อง..... ศูนย์ฯ ประจำเดือน ก.ค. พ.ศ. ๖๕

ผู้ปฏิบัติงาน ช.

รายละเอียด	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																																
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียกหรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1			สัปดาห์ที่ 2			สัปดาห์ที่ 3			สัปดาห์ที่ 4																						
	ลงวันที่ <u>4</u>			ลงวันที่ <u>11</u>			ลงวันที่ <u>18</u>			ลงวันที่ <u>25</u>																						
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ช. ก.
 (..... อ.ค. ลัดดา ลุยประเสริฐ)
 ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป อาคาร ๓

อาคาร/ห้อง..... 215/11 ประจำเดือน 5.0 พ.ศ. 69

ผู้ปฏิบัติงาน ๑๕

รายละเอียด	วันที่																																	
	1	2	3	4	5	๖	๗	8	9	10	11	๑๒	๑๓	๑๔	15	16	17	18	19	๒๐	๒๑	22	23	24	25	26	๒๗	๒๘	29	30	31			
เรื่องความสะอาด																																		
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
ผ้าผืน / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4												
	ลงวันที่ 1							ลงวันที่ 8							ลงวันที่ 15							ลงวันที่ 22, 29												
เรื่องความสะอาด																																		
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ๑๕
 (.....)
 ตำแหน่ง 1 สำนักส่งเสริมและฝึกอบรม 67 หนค ๓๘

อาคาร/ห้อง..... 2/5111..... ประจำเดือน .. 12 .. พ.ศ. 65

ผู้ปฏิบัติงาน 41

รายละเอียด	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																															
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1					สัปดาห์ที่ 2					สัปดาห์ที่ 3					สัปดาห์ที่ 4															
	ลงวันที่ 5					ลงวันที่ 12					ลงวันที่ 19					ลงวันที่ 26															
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....
(น.ต ศกนท / ศอปร: 1๓๖๖)
ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ขาดวุฒิ

อาคาร/ห้อง..... โรงโม่ ประจำเดือน ๗, ๑, พ.ศ. ๖๕

ผู้ปฏิบัติงาน นร

รายละเอียด	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																																		
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ผ้าผืน / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4												
	ลงวันที่ <u>3</u>							ลงวันที่ <u>10</u>							ลงวันที่ <u>17</u>							ลงวันที่ <u>24, 27</u>												
เรื่องความสะอาด																																		
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... นร
 (..... นร ด.ก.บ.ก. ส.ย.ป.ร.ร.)
 ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่บริหารทั่วไป สำนักส่งเสริมและฝึกอบรม

อาคาร/ห้อง..... ๕๕๕๕..... ประจำเดือน..... พ.ย..... พ.ศ. ๖๕.....

ผู้ปฏิบัติงาน..... *ชว*.....

รายละเอียด	วันที่																														
	1	2	3	4	๕	๖	7	8	9	10	11	๑๒	๑๓	14	15	16	17	18	๑๙	๒๐	21	22	23	24	25	๒๖	๒๗	28	29	30	๓๑
เรื่องความสะอาด																															
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียกหรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ผ้าผืน / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1				สัปดาห์ที่ 2				สัปดาห์ที่ 3				สัปดาห์ที่ 4																		
	ลงวันที่ ๖				ลงวันที่ ๑๒				ลงวันที่ ๑๙				ลงวันที่ ๒๕																		
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... *ชว*.....
 (..... น.ศ. สกบ.๓ ส.ป.อ.อาคาร.....)
 ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่ อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม.....

อาคาร/ห้อง.....206..... ประจำเดือน ๙.๑. พ.ศ. ๖๖

ผู้ปฏิบัติงาน.....๙๑.....

รายละเอียด	วันที่																																	
	๑	๒	3	4	5	6	๗	๘	9	10	11	12	13	1๔	1๕	16	17	18	19	20	21	2๒	23	๒๔	๒๕	26	27	๒๘	๒๙	30	31			
เรื่องความสะอาด																																		
พื้นห้องน้ำแห่งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4												
	ลงวันที่ <u>๖</u>							ลงวันที่ <u>๑๓</u>							ลงวันที่ <u>๒๐</u>							ลงวันที่ <u>๒๗, ๒๘</u>												
เรื่องความสะอาด																																		
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....๙๑.....
 (น.ศ. สดงต. สยปร. เทร)
 ตำแหน่ง.....ช่างเทคนิคบำรุงรักษา.....

อาคาร/ห้อง..... 275145 ประจำเดือน ก.พ. พ.ศ. ๒๕๖๖

ผู้ปฏิบัติงาน ๒๕

รายละเอียด	วันที่																																		
	1	2	3	๔	๕	6	7	8	9	10	๑๑	๑๒	13	14	15	16	17	๑๘	๑๙	20	21	22	23	24	๒๕	๒๖	27	28	๒๙	30	31				
เรื่องความสะอาด																																			
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียกหรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4													
	ลงวันที่ ๖							ลงวันที่ 1๓							ลงวันที่ ๒๐							ลงวันที่ ๒๗													
เรื่องความสะอาด																																			
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																			

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ๒๕ ๒๖
 (น.ศ. ศักดิ์เทพ ดิลกศิริ)
 ตำแหน่ง... เจ้าหน้าที่บำรุงรักษาอาคารฯ

อาคาร/ห้อง..... ๒๕๖/๕..... ประจำเดือน ๕.๑..... พ.ศ. ๖๖.....

ผู้ปฏิบัติงาน..... *สจ*.....

รายละเอียด	วันที่																															
	1	2	3	๔	๕	6	7	8	9	10	๑๑	๑๒	13	14	15	16	17	๑๘	๑๙	20	21	22	23	24	๒๕	๒๖	27	28	29	30	31	
เรื่องความสะอาด																																
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
กระจกสะอาด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1				สัปดาห์ที่ 2				สัปดาห์ที่ 3				สัปดาห์ที่ 4																			
	ลงวันที่ ๗.....				ลงวันที่ 1๓.....				ลงวันที่ ๒๐.....				ลงวันที่ ๒๗.....																			
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... *สจ*.....
 (..... น.ศ. สดงทก สจปรินทร.....)
 ตำแหน่ง..... 1 คำนวณ ปริญญาโท สาขา 10 ภาควิชา.....

อาคาร/ห้อง..... ๔/5/5 ประจำเดือน ๒๐๖๖ พ.ศ. ๒๕๖๖

ผู้ปฏิบัติงาน ๔๖

รายละเอียด	วันที่																																			
	๑	๒	3	4	5	๖	7	๘	๙	10	11	12	๑๓	๑๔	๑๕	๑๖	๑๗	18	19	20	21	๒๒	๒๓	24	25	26	27	28	๒๙	๓๐	๓๑					
เรื่องความสะอาด																																				
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียกหรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ผ้าผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4														
	ลงวันที่ 3							ลงวันที่ 10							ลงวันที่ 18							ลงวันที่ ๒๖														
เรื่องความสะอาด																																				
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																				

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ๔๖
 (..... ๒๕๖๖)
 ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่ส่งเสริมและฝึกอบรม สำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

อาคาร/ห้อง..... ๘๕๖๕ ประจำเดือน พ.ศ. ๖๖

ผู้ปฏิบัติงาน *จก*

รายละเอียด	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																																		
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียกหรือมีน้ำหยด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
ผ้าผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
กระจกสะอาด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4												
	ลงวันที่ 1							ลงวันที่ 8							ลงวันที่ 15							ลงวันที่ 22, 29												
เรื่องความสะอาด																																		
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... *จก*
 (นาย สงกต คงอริเวียร)
 ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่ระบบงานห้องน้ำ ชั้น ๖ อาคาร ๖

อาคาร/ห้อง.....50116..... ประจำเดือน.....มิ.ย......พ.ศ.๒๕.....

ผู้ปฏิบัติงาน.....ธ.....

รายละเอียด	วันที่																														
	1	2	๓	๔	๕	6	7	8	9	๑๐	๑๑	12	13	14	15	16	๑๗	๑๘	19	20	21	22	23	๒๔	๒๕	26	27	28	29	30	๓๑
เรื่องความสะอาด																															
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1					สัปดาห์ที่ 2					สัปดาห์ที่ 3					สัปดาห์ที่ 4															
	ลงวันที่ <u>๖</u>					ลงวันที่ <u>๑๒</u>					ลงวันที่ <u>๑๙</u>					ลงวันที่ <u>๒๖</u>															
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....ธ.....
(ค.ศ. ศก.ศก. ศษ.ป.ป.จร)
ตำแหน่ง.....เจ้าหน้าที่ ๖ หน่วยงาน ๖๖๖๖ ๖๖๖๖ ๖๖๖๖.....

อาคาร/ห้อง.....*501*..... ประจำเดือน*11-11*..... พ.ศ.*66*.....

ผู้ปฏิบัติงาน*[Signature]*.....

รายละเอียด	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																																
พื้นห้องน้ำแห่งสะอาดไม่เปียกหรือมีน้ำหยด			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓				
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓				
ผ้าผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓				
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓				
กระจกสะอาด			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓				
ถังขยะไม้ล้น / ไม้เลอะเทอะ			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓				
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓				
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1			สัปดาห์ที่ 2			สัปดาห์ที่ 3			สัปดาห์ที่ 4																						
	ลงวันที่ <i>3</i>			ลงวันที่ <i>10</i>			ลงวันที่ <i>17</i>			ลงวันที่ <i>24</i>																						
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓				
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓				

สะอาดเรียบร้อย ไม่เรียบร้อย

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....*[Signature]*.....
(*น.ส.สกล คุ้มใจ เสงี่ยม*)
ตำแหน่ง.....*หัวหน้าหอประชุม*.....

อาคาร/ห้อง..... 535 ประจำเดือน ธ.ค. พ.ศ. ๖๖

ผู้ปฏิบัติงาน ๕๕

รายละเอียด	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																																		
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
ผ้าผืน / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4												
	ลงวันที่ <u>๗</u>							ลงวันที่ <u>๑๕</u>							ลงวันที่ <u>๒๑</u>							ลงวันที่ <u>๒๘</u>												
เรื่องความสะอาด																																		
กระดาดชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ๕๕
 (..... พ.ศ. ๒๕๖๖ สังกัด.....)
 ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

อาคาร/ห้อง..... บูรพา ประจำเดือน ก.ย. พ.ศ. ๖๖

ผู้ปฏิบัติงาน (Signature)

รายละเอียด	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																															
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ผ้าผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1								สัปดาห์ที่ 2								สัปดาห์ที่ 3								สัปดาห์ที่ 4						
	ลงวันที่ <u>๖</u>								ลงวันที่ <u>๑๓</u>								ลงวันที่ <u>๒๐</u>								ลงวันที่ <u>๒๗</u>						
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		

สะอาดเรียบร้อย ไม่เรียบร้อย

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... (Signature)

(น.ส. สุนดา จ้อยระวรร)
ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่บำรุงรักษา

อาคาร/ห้อง..... ๕/๖/๕..... ประจำเดือน ๐๗-๐๘..... พ.ศ..... ๒๕๖๖.....

ผู้ปฏิบัติงาน *นร*.....

รายละเอียด	วันที่																																	
	1	2	3	4	5	6	๗	๘	9	10	11	12	๑๓	๑๔	๑๕	16	17	18	19	20	๒๑	๒๒	๒๓	24	25	26	2๗	๒๘	๒๙	30	31			
เรื่องความสะอาด																																		
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4												
	ลงวันที่ ๒.....							ลงวันที่ ๙.....							ลงวันที่ ๑๖.....							ลงวันที่ ๒๓, ๓๐.....												
เรื่องความสะอาด																																		
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... *นร ก*.....
 (..... นร กนกนท สัตยปราเสริ)
 ตำแหน่ง..... 1๐1 ทหาร ๐ รันนงนท ทวีป ๐ ตททตต.....

อาคาร/ห้อง..... ๕๖๓ ประจำเดือน พ.ย. พ.ศ. ๖๖

ผู้ปฏิบัติงาน

รายละเอียด	วันที่																														
	1	2	3	๔	๕	6	7	8	9	10	1๑	1๒	13	14	15	16	17	๑๘	๑๙	20	21	22	23	24	๒๕	๒๖	27	28	29	30	๓๑
เรื่องความสะอาด																															
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
กระจกสะอาด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1					สัปดาห์ที่ 2					สัปดาห์ที่ 3					สัปดาห์ที่ 4															
	ลงวันที่ <u>6</u>					ลงวันที่ <u>13</u>					ลงวันที่ <u>20</u>					ลงวันที่ <u>27</u>															
เรื่องความสะอาด																															
กระดาดชำระเพียงพอในการใช้งาน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....

(...............)

ตำแหน่ง.....

อาคาร/ห้อง..... ๒๕๓๖..... ประจำเดือน ๐.๕..... พ.ศ. ๒๕.....

ผู้ปฏิบัติงาน *สจ*.....

รายละเอียด	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																																
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
ผ้าผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
กระจกสะอาด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1				สัปดาห์ที่ 2				สัปดาห์ที่ 3				สัปดาห์ที่ 4																			
	ลงวันที่ ๕				ลงวันที่ ๑๒				ลงวันที่ ๑๘				ลงวันที่ ๒๕																			
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... *สจ*.....
 (..... ส.ศ.คลังงดก ดยปรกวิธ)
 ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป งานธุรการ.....

อาคาร/ห้อง..... อาคารบริหาร ประจำเดือน ธ.ค. พ.ศ. ๖๖

ผู้ปฏิบัติงาน ธ.

รายละเอียด	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																															
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ผ้าผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4									
	ลงวันที่ <u>๕</u>							ลงวันที่ <u>12</u>							ลงวันที่ <u>19</u>							ลงวันที่ <u>2๖</u>									
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ธ. สุ.

(..... นางสาวลักขณา สัตยประเสริฐ)

ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ชำนาญการ

อาคาร/ห้อง.....อาคารบริหาร..... ประจำเดือน ก.พ. พ.ศ. 62.....

ผู้ปฏิบัติงาน *๑๒*

รายละเอียด	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																																
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/				/	/	/	/	/					/	/	/	/	
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/				/	/	/	/	/					/	/	/	/	
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/				/	/	/	/	/					/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/				/	/	/	/	/					/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/				/	/	/	/	/					/	/	/	/	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/				/	/	/	/	/					/	/	/	/	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/				/	/	/	/	/					/	/	/	/	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1			สัปดาห์ที่ 2			สัปดาห์ที่ 3			สัปดาห์ที่ 4																						
	ลงวันที่ 2			ลงวันที่ 9			ลงวันที่ 16			ลงวันที่ 23																						
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/				/	/	/	/	/					/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/				/	/	/	/	/					/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... *๑๒* *๑๓*

(.....นางสาวลักขณา ลีประเสริฐ.....)

ตำแหน่ง.....เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป สำนักอาคาร.....


อาคาร/ห้อง.....อาคารบริหาร..... ประจำเดือน.....พ.ค......พ.ศ.๒๕๖๗

ผู้ปฏิบัติงาน.....จก.....

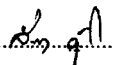
รายละเอียด	วันที่																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
เรื่องความสะอาด																																
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			
กระจกสะอาด	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1			สัปดาห์ที่ 2			สัปดาห์ที่ 3			สัปดาห์ที่ 4																						
	ลงวันที่ 1			ลงวันที่ 8			ลงวันที่ 15			ลงวันที่ 22, 29																						
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....จก.....
 (นางสาวลักขณา ลีประเสริฐ)
 ตำแหน่ง.....เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป สำนักวิชาการ.....

อาคาร/ห้อง..... อาคารบริหาร ประจำเดือน 12-2 พ.ศ. 67

ผู้ปฏิบัติงาน 

รายละเอียด	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																																			
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/				/	/	/	/				/	/	/				/	/	/	/	/			/	/					
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/				/	/	/	/				/	/	/				/	/	/	/	/			/	/					
ผ้าผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/				/	/	/	/				/	/	/				/	/	/	/	/			/	/					
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/				/	/	/	/				/	/	/				/	/	/	/	/			/	/					
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/				/	/	/	/				/	/	/				/	/	/	/	/			/	/					
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/				/	/	/	/				/	/	/				/	/	/	/	/			/	/					
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/				/	/	/	/				/	/	/				/	/	/	/	/			/	/					
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1					สัปดาห์ที่ 2					สัปดาห์ที่ 3					สัปดาห์ที่ 4																			
	ลงวันที่ 5					ลงวันที่ 12					ลงวันที่ 19					ลงวันที่ 26																			
เรื่องความสะอาด																																			
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/				/	/	/	/				/	/	/				/	/	/	/	/			/	/					
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/				/	/	/	/				/	/	/				/	/	/	/	/			/	/					
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																			

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... 
 (นางสาวลักขณา ล้อยประเสริฐ)
 ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ชำนาญการ

อาคาร/ห้อง.....อาคารบริหาร..... ประจำเดือน พ.ค......พ.ศ. ๕๖.....

ผู้ปฏิบัติงาน de.....

รายละเอียด	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																																
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1			สัปดาห์ที่ 2			สัปดาห์ที่ 3			สัปดาห์ที่ 4																						
	ลงวันที่ <u>3</u>			ลงวันที่ <u>13</u>			ลงวันที่ <u>20</u>			ลงวันที่ <u>27</u>																						
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ นางสาวลักขณา ลีประเสริฐ
 (นางสาวลักขณา ลีประเสริฐ)
 ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ชำนาญการ

อาคาร/ห้อง.....อาคารบริหาร..... ประจำเดือน.....พ.ศ.....๖๗

ผู้ปฏิบัติงาน.....

รายละเอียด	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																																
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				
กระจกสะอาด			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1			สัปดาห์ที่ 2			สัปดาห์ที่ 3			สัปดาห์ที่ 4																						
	ลงวันที่ ๗			ลงวันที่ ๑๔			ลงวันที่ ๒๑			ลงวันที่ ๒๘																						
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....
 (นางสาวลักขณา ลีประเสริฐ)
 ตำแหน่ง.....เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป สำนักวิชาการ

อาคาร/ห้อง.....อาคารบริหาร..... ประจำเดือน..... ๗,๘..... พ.ศ. ๖๖

ผู้ปฏิบัติงาน..... *de*.....

รายละเอียด	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																															
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ผ้าผืน / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1					สัปดาห์ที่ 2					สัปดาห์ที่ 3					สัปดาห์ที่ 4															
	ลงวันที่ 5					ลงวันที่ 12					ลงวันที่ 19					ลงวันที่ 26															
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... *สง ภา*.....
 (นางสาวลักขณา ล้อยประเสริฐ)
 ตำแหน่ง.....เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป สำนักวิชาการ.....

อาคาร/ห้อง..... อาคารบริหาร ประจำเดือน 15.0 พ.ศ. 62

ผู้ปฏิบัติงาน ดล

รายละเอียด	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																																
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/			/	/	/	/	/				/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/			
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/			/	/	/	/	/				/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/			
ผ้าผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/			/	/	/	/	/				/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/			
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/			/	/	/	/	/				/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/			
กระจกสะอาด	/	/			/	/	/	/	/				/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/			
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/			/	/	/	/	/				/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/			
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/			/	/	/	/	/				/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/			
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4										
	ลงวันที่ <u>2</u>							ลงวันที่ <u>9</u>							ลงวันที่ <u>16</u>							ลงวันที่ <u>23, 30</u>										
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/			/	/	/	/	/				/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/			
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/			/	/	/	/	/				/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/			
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ดล ฤทธิ
 (นางสาวลักขณา ลัยประเสริฐ)
 ตำแหน่ง... เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป สำนักอนามัย

อาคาร/ห้อง..... อาคารบริหาร ประจำเดือน ก.ย. พ.ศ. ๒๕๖๒.....

ผู้ปฏิบัติงาน ๕๕.....

รายละเอียด	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																															
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1						สัปดาห์ที่ 2						สัปดาห์ที่ 3						สัปดาห์ที่ 4												
	ลงวันที่ <u>๖</u>						ลงวันที่ <u>๑๓</u>						ลงวันที่ <u>๒๐</u>						ลงวันที่ <u>๒๗</u>												
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ๕๕ สุภา.....
 (..... นางสาวลักขณา ล้อยประเสริฐ)
 ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ชำนาญการ.....

อาคาร/ห้อง..... อาคารบริหาร ประจำเดือน ๓-๑ พ.ศ. ๖๖.....

ผู้ปฏิบัติงาน *de*

รายละเอียด	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																																
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ผ้าผืน / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระจกสะอาด	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1					สัปดาห์ที่ 2					สัปดาห์ที่ 3					สัปดาห์ที่ 4																
	ลงวันที่ ๕					ลงวันที่ ๑๑					ลงวันที่					ลงวันที่																
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... *สว ฐา*

(..... นางสาวลักขณา ลีประเสริฐ)

ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ชำนาญการ

อาคาร/ห้อง.....อาคารบริหาร..... ประจำเดือน ๗.๑๐ พ.ศ. ๖๖.....

ผู้ปฏิบัติงาน ๒๕.....

รายละเอียด	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																																		
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด																																		
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ																																		
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่																																		
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ																																		
กระจกสะอาด																																		
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ																																		
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น																																		
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1				สัปดาห์ที่ 2				สัปดาห์ที่ 3				สัปดาห์ที่ 4																					
	ลงวันที่				ลงวันที่				ลงวันที่				ลงวันที่																					
เรื่องความสะอาด																																		
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน																																		
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน																																		
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ส. สุ......
 (.....นางสาวลักขณา ลีประเสริฐ.....)
 ตำแหน่ง.....เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ชำนาญการ.....

อาคาร/ห้อง..... อาคารบริหาร ประจำเดือน ๘.๙ พ.ศ. ๖๗

ผู้ปฏิบัติงาน *สจ.*

รายละเอียด	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																																	
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด																																	
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ																																	
ฝาผนัง / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่																																	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ																																	
กระจกสะอาด																																	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ																																	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น																																	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4											
	ลงวันที่							ลงวันที่							ลงวันที่							ลงวันที่											
เรื่องความสะอาด																																	
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน																																	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน																																	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																	

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... *สจ. สุภา*
 (..... นางสาวลักขณา ล้อยประเสริฐ)
 ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ชำนาญการ.....