

อาคาร/ห้อง 110 510 ..... ประจำเดือน ๕-๕ ..... พ.ศ. ๖๘

ผู้ปฏิบัติงาน สมนึก อึ้ง .....

รายละเอียด	วันที่																															
	<del>1</del>	2	3	<del>4</del>	<del>5</del>	6	7	8	9	10	<del>11</del>	<del>12</del>	13	14	15	16	17	<del>18</del>	<del>19</del>	20	21	22	23	24	25	<del>26</del>	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 ..... ๕				ลงวันที่ ..... ๖				ลงวันที่ ..... ๑๖				ลงวันที่ ..... ๒๐																			
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ กัญญา .....

(.....)  
ตำแหน่ง พนักงานทั่วไป .....

อาคาร/ห้อง 50 นพ1 ..... ประจำเดือน มิ.ย ..... พ.ศ. ๖๕ .....

ผู้ปฏิบัติงาน กมลทิพย์ ๐๖๖ .....

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>๙</u> .....					ลงวันที่ <u>๑๖</u> .....					ลงวันที่ <u>๒๓</u> .....					ลงวันที่ <u>๓๐</u> .....																
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ กมลทิพย์ ๐๖๖ .....

(พนักงานทั่วไป) .....

ตำแหน่ง พนักงานทั่วไป .....

อาคาร/ห้อง สโ ชาย ..... ประจำเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๖๕ .....

ผู้ปฏิบัติงาน ดลพร วัฒน .....

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>๑</u>			ลงวันที่ <u>๘</u>			ลงวันที่ <u>๑๕</u>			ลงวันที่ <u>๒๒</u>																						
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ นงนุช .....

(.....)  
ตำแหน่ง พนักงานห้องน้ำ .....

อาคาร/ห้อง..... 36 หนึ่ง ..... ประจำเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๖๘

ผู้ปฏิบัติงาน อ.พ.ว. ฉ.นพ.

รายละเอียด	วันที่																															
	<del>1</del>	<del>2</del>	3	4	5	6	7	<del>8</del>	9	10	11	<del>12</del>	13	14	15	16	17	18	19	20	21	<del>22</del>	<del>23</del>	24	25	26	27	28	<del>29</del>	<del>30</del>	<del>31</del>	
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 อ.พ.ว. ฉ.นพ.  
 (.....)  
 ตำแหน่ง พนักงานทั่วไป

อาคาร/ห้อง ตึก ๕๐๖ ประจำเดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ผู้ปฏิบัติงาน ค.ร.น.

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>๑๔</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 ค.ร.น.

(.....)  
ตำแหน่ง พนักงานทั่วไป



อาคาร/ห้อง... อำนวยการช่าง... ประจำเดือน... เมษายน... พ.ศ. ๖๘

ผู้ปฏิบัติงาน... น.ส. ใจดี.....

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	<u>✓</u>	<u>✓</u>					<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>										<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>		<u>✓</u>				
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	<u>✓</u>	<u>✓</u>					<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>		<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	
ผ้าผืน / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	<u>✓</u>	<u>✓</u>					<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>		<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	<u>✓</u>	<u>✓</u>					<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>		<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	
กระจกสะอาด	<u>✓</u>	<u>✓</u>					<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>		<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	<u>✓</u>	<u>✓</u>					<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>		<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	<u>✓</u>	<u>✓</u>					<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>		<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1								สัปดาห์ที่ 2								สัปดาห์ที่ 3								สัปดาห์ที่ 4						
	ลงวันที่ <u>1</u> .....								ลงวันที่ <u>8</u> .....								ลงวันที่ <u>15</u> .....								ลงวันที่ <u>22</u> , <u>28</u>						
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	<u>✓</u>	<u>✓</u>					<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>		<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	<u>✓</u>	<u>✓</u>					<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>		<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ... น.ส. ใจดี  
 (.....)  
 ตำแหน่ง... พนักงานทั่วไป



อาคาร/ห้อง... สอ หนองหลวง ... ประจำเดือน ... พฤษภาคม พ.ศ. ๕๘ ...

ผู้ปฏิบัติงาน ... อ. วิชาญ วิชาญ ...

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																																
พื้นที่ห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/				✓	✓	✓					✓	✓	✓				✓	/	/	/	/	✓			✓	/	/	/	✓	
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/				✓	✓	✓					✓	✓	✓				/	/	/	/	/			✓	/	/	/	✓		
ผ้าผนัง / 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... วิชาญ วิชาญ ...  
 (.....)  
 ตำแหน่ง... พนักงานทาสี ...

อาคาร/ห้อง... (10 ห้องบริการ) ..... ประจำเดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖

ผู้ปฏิบัติงาน... มล, รก, ออ.....

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						จก รก รก					โอด นก นก นก					สก สก					ออ ออ ออ ออ ออ												
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	✓	✓				✓	✓	✓						✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	✓	✓				✓	✓	✓						✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		
ผ้าผืน / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่	✓	✓				✓	✓	✓						✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ	✓	✓				✓	✓	✓						✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		
กระจกสะอาด	✓	✓				✓	✓	✓						✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ	✓	✓				✓	✓	✓						✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น	✓	✓				✓	✓	✓						✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1					สัปดาห์ที่ 2					สัปดาห์ที่ 3					สัปดาห์ที่ 4																	
	ลงวันที่ .....					ลงวันที่ ๖.....					ลงวันที่ ๑๓.....					ลงวันที่ ๑๙, ๒๐.....																	
เรื่องความสะอาด																																	
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	✓	✓				✓	✓	✓						✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	✓	✓				✓	✓	✓						✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																	

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ... ปรุรัตน์.....

(.....)  
ตำแหน่ง... พนักงานตรวจเช็ค.....

อาคาร/ห้อง ๓๑ - ๒ ประจำเดือน มิ.ย พ.ศ. ๖๕

ผู้ปฏิบัติงาน ๑๒ / ๓๖๖ / ๑๐๖๖

รายละเอียด	๑๖ มิ.ย ๖๕																														
	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																															
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่มีเปียก หรือมีน้ำหยด				✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓					
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ				✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓					
ผ้าผืน / 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 ท.ร.ร.น

ตำแหน่ง พนักงานบริษัท

อาคาร/ห้อง..... 50 + 25 ..... ประจำเดือน ..... ธ.ค ..... พ.ศ. 68 .....

ผู้ปฏิบัติงาน อ.ธีรพร / อ.พร...

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																															
พื้นห้องน้ำแห้งสะอาดไม่มีเปียกหรือมีน้ำหยด				/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/				/	/	/	/					/
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>19</u>							ลงวันที่ <u>27</u>									
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน			/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/				/	/	/	/	/					/
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน			/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/				/	/	/	/	/					/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ท.ธีรพร .....

(.....)  
ตำแหน่ง..... พนักงานเก็บค่า .....



อาคาร/ห้อง 506 ๕๗1 ..... ประจำเดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๖๘.....

ผู้ปฏิบัติงาน พ.อ.อม.....

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 <u>7</u> .....							ลงวันที่ <u>14</u> .....							ลงวันที่ <u>21</u> .....										
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ อ.อ.พ.อ......

(.....)  
ตำแหน่ง พนักงานทั่วไป.....



อาคาร/ห้อง..... 10 นว1 ..... ประจำเดือน มิ.ย ..... พ.ศ. ๖๘ .....

ผู้ปฏิบัติงาน ..... อ.สุวิมล .....

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>10</u>			ลงวันที่ <u>13</u>			ลงวันที่ <u>18</u>			ลงวันที่ <u>25</u>																						
เรื่องความสะอาด																																
กระดาดชำระเพียงพอในการใช้งาน	/			/	/	/	/	/					/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/				
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/			/	/	/	/	/					/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/				

สะอาดเรียบร้อย  ไม่เรียบร้อย

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... อ.สุวิมล .....

(.....  
ตำแหน่ง..... พนักงานทั่วไป .....

อาคาร/ห้อง..... ๕๐ ๕๗..... ประจำเดือน..... ๓๔..... พ.ศ. ๖๘.....

ผู้ปฏิบัติงาน..... สมยศ..... ๐๑๗๕.....

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 ..... ๖.....				ลงวันที่ ..... 1๔.....				ลงวันที่ ..... ๒๐.....				ลงวันที่ ..... ๒๗.....																		
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... สมยศ.....

(.....)  
ตำแหน่ง..... พนักงานห้องน้ำ.....

อาคาร/ห้อง..... 510 นว1 ..... ประจำเดือน ๓๑ ..... พ.ศ. ๖๕ .....

ผู้ปฏิบัติงาน บริษัท ดนพร .....

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>๑๔</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..... ศิริพร .....

(.....พนักงาหน้าห้อง.....)

ตำแหน่ง..... พนักงาหน้าห้อง .....

อาคาร/ห้อง... 50 1513 ..... ประจำเดือน พ.ย. .... พ.ศ. 68

ผู้ปฏิบัติงาน ... พลเอก รักษ์ .....

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			/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/						
ฝามัน / เพดาน ไม่มีคราบหรือหยากไย่			/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/						
โถชักโครก / โถปัสสาวะ ไม่มีคราบ			/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/						
กระจกสะอาด			/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/						
ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ			/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/						
ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น			/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/						
ทำความสะอาดล้างห้องน้ำ	สัปดาห์ที่ 1			สัปดาห์ที่ 2			สัปดาห์ที่ 3			สัปดาห์ที่ 4																							
	ลงวันที่ 3			ลงวันที่ 10			ลงวันที่ 17			ลงวันที่ 24																							
เรื่องความสะอาด																																	
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน			/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/						
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน			/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/						
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																	

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ... พลเอก

(.....)  
ตำแหน่ง... พลเอก รักษ์

อาคาร/ห้อง..... ฟช น..... ประจำเดือน พ.ย. พ.ศ. ๖๘

ผู้ปฏิบัติงาน สมหญิง ธิ

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>๘</u>			ลงวันที่ <u>๑๕</u>			ลงวันที่ <u>๒๒</u>			ลงวันที่ <u>๒๙</u>																						
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน			/	/	/	/	/		/	/	/	/	/			/	/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน			/	/	/	/	/		/	/	/	/	/			/	/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ สมหญิง ธิ  
(พนักงานทำความสะอาด)  
ตำแหน่ง พนักงานทำความสะอาด

อาคาร/ห้อง..... 6..... ประจำเดือน .. ๗.๕..... พ.ศ..... 68

ผู้ปฏิบัติงาน ..... กิ่งกาน

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 ..... 2.....				ลงวันที่ ..... 9.....				ลงวันที่ ..... 16.....				ลงวันที่ ..... 23.....																			
เรื่องความสะอาด																																
กระดาดชำระเพียงพอในการใช้งาน		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... กิ่งกาน

(.....)  
ตำแหน่ง..... พนักงานทั่วไป

อาคาร/ห้อง.....๒๕..... ประจำเดือน ๘ : ๘..... พ.ศ. ๖๕.....

ผู้ปฏิบัติงาน.....ค.ช.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																															
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>2</u>				ลงวันที่ <u>๘</u>				ลงวันที่ <u>1๕</u>				ลงวันที่ <u>๒๐</u>																		
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....ค.ช.ช......  
 (.....).....  
 ตำแหน่ง.....พนักงานทั่วไป.....



มหาวิทยาลัย  
เกษตรศาสตร์

สำนักส่งเสริมและฝึกอบรม กำแพงแสน

ตารางการทำความสะอาดห้องน้ำ (แห่ง หอม สะอาด ปลอดภัย)

อาคาร/ห้อง..... บริพัณ ๕๖๐.....

ประจำเดือน..... กุมภาพันธ์..... พ.ศ..... ๖๕.....

ผู้ปฏิบัติงาน..... สวารี.....

รายละเอียด	วันที่																														
	<del>1</del>	<del>2</del>	3	4	5	6	7	<del>8</del>	<del>9</del>	10	11	<del>12</del>	13	14	<del>15</del>	<del>16</del>	17	18	19	20	21	<del>22</del>	<del>23</del>	24	25	26	27	28	<del>29</del>	<del>30</del>	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>3</u>			ลงวันที่ <u>10</u>			ลงวันที่ <u>17</u>			ลงวันที่ <u>24</u>																					
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน			/	/	/	/	/			/	/		/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน			/	/	/	/	/			/	/		/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... กัญจนา.....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง..... พนักงานทั่วไป.....

อาคาร/ห้อง..... ปริเวณ พิ้ว ..... ประจำเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔

ผู้ปฏิบัติงาน ..... สงาร์ .....

รายละเอียด	วันที่																															
	<del>1</del>	<del>2</del>	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>10</u>			ลงวันที่ <u>17</u>			ลงวันที่ <u>26</u>																						
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... กวี ฐวณ .....

(.....)  
ตำแหน่ง..... คณบดี .....

อาคาร/ห้อง อาคารอำนวยการ ประจำเดือน สิงหาคม พ.ศ. ๖๕

ผู้ปฏิบัติงาน ทองอยู่

รายละเอียด	๑๐ 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>7</u>							ลงวันที่ <u>14</u>							ลงวันที่ .....							ลงวันที่ .....									
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ คณิศร

ตำแหน่ง พนักงานทั่วไป

อาคาร/ห้อง... อาคาร ๑๑๖ ประจำเดือน... สิงหาคม พ.ศ. ๕๙

ผู้ปฏิบัติงาน... คณิศร

รายละเอียด	วันที่																														
	๕๐							๑๐							๒๐							๓๐									
	-1	-2	3	4	5	6	7	8	๙	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>๕-๗</u>							ลงวันที่ <u>14</u>							ลงวันที่ .....							ลงวันที่ <u>28</u>									
เรื่องความสะอาด			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กระดาดชำระเพียงพอในการใช้งาน			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ... คณิศร

(.....)  
ตำแหน่ง... พนักงานทั่วไป



อาคาร/ห้อง... อาคารบริหารนอกรั้ว ... ประจำเดือน ... เมษายน ... พ.ศ. ... ๕๖ ...

ผู้ปฏิบัติงาน ... กิ่งกาน ...

รายละเอียด	วันที																														
	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 ... <u>๒๖</u> ...				ลงวันที่ .....				ลงวันที่ ... <u>๒๕</u> .....																		
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/				/	/	/	/	/						/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/				/	/	/	/	/						/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ... กิ่งกาน ...

ตำแหน่ง... พนักงานทั่วไป ...

อาคาร/ห้อง... อาคารสมเด็จพร ... ประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๕๘

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																															
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>.....</u>			ลงวันที่ <u>.....</u>			ลงวันที่ <u>.....</u>			ลงวันที่ <u>.....</u>																					
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/				/	/	/					/	/	/	/				/	/	/	/	/			/	/	/	/	/
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/				/	/	/					/	/	/	/				/	/	/	/	/			/	/	/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ .....

(.....)  
ตำแหน่ง พนักงานทั่วไป





อาคาร/ห้อง... อาคาร หอพักใจ ... ประจำเดือน... สิงหาคม ... พ.ศ. ๖๕ ...

ผู้ปฏิบัติงาน... ศุภาณี ...

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

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ... ศุภาณี ...

(.....)  
ตำแหน่ง... พนักงานเก็บขยะ .....

อาคาร/ห้อง.....บริวาร ภาย..... ประจำเดือน.....กรกฎาคม.....พ.ศ.....๖๕.....

ผู้ปฏิบัติงาน.....วิภา.....

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 <u>7</u> .....						ลงวันที่ <u>14</u> .....						ลงวันที่ <u>21</u> .....												
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				/	/	/
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....วิภา.....

(.....)  
ตำแหน่ง.....พนักงานทั่วไป.....

อาคาร/ห้อง บริเวณ นก1 ..... ประจำเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 68

ผู้ปฏิบัติงาน ก้อง .....

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 <u>7</u> .....				ลงวันที่ <u>14</u> .....				ลงวันที่ <u>21</u> .....																		
เรื่องความสะอาด																															
กระดาดชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/			/	/	/	/	/					/	/	/
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/			/	/	/	/	/					/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ ก้อง .....

(.....)  
ตำแหน่ง พนักงานห้องน้ำ .....

อาคาร/ห้อง... มริณุช ๕๗๒ ..... ประจำเดือน... สิงหาคม ..... พ.ศ. ๖๕.....

ผู้ปฏิบัติงาน... กวี.....

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 ๖.....			ลงวันที่ 13.....			ลงวันที่ 18.....			ลงวันที่ 25.....																					
เรื่องความสะอาด																															
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/			/	/	/	/						/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/		
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/			/	/	/	/						/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/		
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																															

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ... กวี.....

(.....)  
ตำแหน่ง... พนักงานทั่วไป.....

อาคาร/ห้อง มรณารุ นฉ1 ..... ประจำเดือน สิงหาคม ..... พ.ศ. 2568

ผู้ปฏิบัติงาน กวาง .....

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

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ กวาง .....

(พนักงานทั่วไป)  
ตำแหน่ง พนักงานทั่วไป .....

อาคาร/ห้อง... ๒๓๖ ..... ประจำเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๘

ผู้ปฏิบัติงาน ..... ศุภางค์ .....

รายละเอียด	วันที่																															
	1	2	3	4	5	6	๗	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	๒๐	๒๑	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
เรื่องความสะอาด																																
พื้นห้องน้ำแห่งสะอาดไม่เปียก หรือมีน้ำหยด	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/	๗๕	/	-	-	/	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/
อ่างล้างมือ ไม่มีคราบ	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/
ฝาผนัง / 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>1๙</u>					ลงวันที่ <u>๒๖</u>									/	/	/					
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ... ศุภางค์  
(.....)  
ตำแหน่ง... พนักงานทั่วไป

อาคาร/ห้อง..... ๕๑..... ประจำเดือน .. กพ ๒๕๖๔ .. พ.ศ. ๖๔

ผู้ปฏิบัติงาน ..... กว๊าน

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	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/	ไม่มี	/	-	-	/	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/
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																			
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/	ไม่มี	/	-	-	/	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/		/	-	-	/	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... ทวีรุจिता  
(.....)  
ตำแหน่ง..... พนักงานทอไฟ

อาคาร/ห้อง..... บริหาร ๕๒ ..... ประจำเดือน ๓๑๐๘ พ.ศ. ๕๘.....

ผู้ปฏิบัติงาน ..... อว .....

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>๕</u> .....					ลงวันที่ <u>๑๐</u> .....					ลงวันที่ <u>๑๖</u> .....					ลงวันที่ <u>๒๒</u>   <u>๒๓</u>   <u>๒๔</u>   <u>๒๕</u>   <u>๒๖</u>   <u>๒๗</u>   <u>๒๘</u>   <u>๒๙</u>   <u>๓๐</u>   <u>๓๑</u>																
เรื่องความสะอาด																																
กระดาษชำระเพียงพอในการใช้งาน	/	/	/			/	/	/	/	/				/	/	/	/			/	/	/		/		/	/	/	/	/	/	
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน	/	/	/			/	/	/	/	/				/	/	/	/			/	/	/		/		/	/	/	/	/	/	
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... อวิรุฬห์ .....

(.....)  
ตำแหน่ง..... งานรักษาทั่วไป .....

อาคาร/ห้อง... ปริมาตร ๓๖๑ ..... ประจำเดือน ธันวาคม พ.ศ. ๖๘ .....

ผู้ปฏิบัติงาน จิ๋ว .....

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.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

อาคาร/ห้อง..... ๕๑..... ประจำเดือน พ.ย., พ.ศ. ๖๘.....

ผู้ปฏิบัติงาน..... กุศล.....

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 3			ลงวันที่ 10			ลงวันที่ 17			ลงวันที่ 24																						
เรื่องความสะอาด			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				
กระดาดชำระเพียงพอในการใช้งาน			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/				
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ..... กุศล.....

(.....)  
ตำแหน่ง..... คนงานทั่วไป.....

อาคาร/ห้อง.....๒๗๘..... ประจำเดือน พ.ย. พ.ศ. ๖๘.....

ผู้ปฏิบัติงาน.....ศิวาณี.....

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>10</u>			ลงวันที่ <u>17</u>			ลงวันที่ <u>24</u>																						
เรื่องความสะอาด			/	/	/	/	/		/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/					
กระดาดชำระเพียงพอในการใช้งาน			/	/	/	/	/		/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/					
ระบบไฟ / หลอดไฟ พร้อมใช้งาน			/	/	/	/	/		/	/	/	/	/			/	/	/	/	/			/	/	/	/	/					
<input checked="" type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย																																

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....ศิวาณี.....

(.....ศิวาณี.....)  
ตำแหน่ง.....ช่างทำความสะอาด.....