



FM-LED-๐๑๐-๐๐ เรื่อง แบบฟอร์มสรุปผลการตรวจสอบ	วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี	xx/xx/xxxx	xx

วันที่ตรวจสอบ	กฎหมาย ระเบียบ ข้อกำหนด ที่เกี่ยวข้อง	ค่าที่ต้องการ ตรวจสอบ	ค่ามาตรฐาน หรือ ค่าที่กำหนด	ผลการ ตรวจสอบ	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
					สอดคล้อง	ไม่สอดคล้อง	

ลงนาม
ผู้จัดทำ.....
()
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ลงนามผู้ทวนสอบ.....
()
หัวหน้า ENV
วันที่.....

ลงนาม
ผู้อนุมัติ.....
()
คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม
วันที่.....