



FM-RSQ-๐๐๑-๐๐ เรื่อง แบบประเมินความเสี่ยง	วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี	xx/xx/xxxx	xx

	<input type="radio"/> ปัจจัยภายใน/ปัจจัยภายนอก <input type="radio"/> ข้อกำหนดของผู้มีส่วนได้เสีย <input type="radio"/> กระบวนการ/กิจกรรม.....		การประเมินความเสี่ยง			มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
ลำดับ	ความเสี่ยง/โอกาส	สาเหตุความเสี่ยง/ โอกาส	โอกาส (Likelihood)	ผลกระทบ (Impact)	ระดับความ เสี่ยง			

ลงนามผู้จัดทำ.....
 ()
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....

ลงนามผู้ทวนสอบ.....
 ()
 คณะกรรมการคุณภาพ
 วันที่.....

ลงนามผู้อนุมัติ.....
 ()
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จ.จันทบุรี
 วันที่.....