



FM-LED-๐๑๒-๐๐ เรื่อง แผนการตรวจติดตามภายใน	วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี	xx/xx/xxxx	xx

แผนการตรวจติดตามภายในของ..... ปีงบประมาณ

กิจกรรมการตรวจติดตาม	อ้างอิง มาตรฐาน กรมฯ	ปี.....			ปี.....									ผู้ตรวจ ติดตาม	ผู้รับการ ตรวจ ติดตาม	
		ต.ค	พ.ย	ธ.ค	ม.ค	ก.พ	มี.ค	เม.ย	พ.ค	มิ.ย	ก.ค	ส.ค	ก.ย			



ระยะเวลาที่จะทำการตรวจติดตาม



ตรวจติดตามโดย (ลงนาม) และสมบูรณ์เมื่อ (DD/MM) ไม่มีข้อบกพร่อง

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ
()

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำแผน
()

คณะกรรมการคุณภาพ
วันที่.....