



FM-LED-๐๐๑-๐๐ เรื่อง ใบตรวจสอบอุปกรณ์/ เครื่องมือตาม ข้อกำหนดและความต้องการรายละเอียดข้อมูลทางเทคนิค	วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
โรงพยาบาลเขาศิขณภูมิ จังหวัดจันทบุรี	xx/xx/xxxx	xx

ตรวจสอบอุปกรณ์/เครื่องมือตามข้อกำหนดและความต้องการรายละเอียดข้อมูลทางเทคนิค

รหัสประจำเครื่องมือ/ครุภัณฑ์ :

ชื่อเครื่องมือ :

ยี่ห้อ.....รุ่น :

หมายเลขเครื่อง :

รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การยอมรับ	สถานะ		หมายเหตุ
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	

ผลการตรวจสอบ: อนุญาตให้นำไปใช้ได้ ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ได้

ข้อเสนอแนะ

.....

ผู้ตรวจสอบ.....

(.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....