



FM-LED-๐๐๙-๐๐ เรื่อง แผนการตรวจสอบ	วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี	xx/xx/xxxx	xx

ลำดับ	ค่าที่ต้องการตรวจสอบ	กฎหมาย/ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง	ครั้ง/ปี	กำหนดการตรวจสอบ											ผู้รับผิดชอบ		
				ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.		ธ.ค.	

ลงนามผู้ตรวจสอบ.....  
( )  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

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

ลงนาม  
ผู้อนุมัติ.....  
( )  
คณะกรรมการคุณภาพ  
วันที่.....