



FM-LED-๐๑๗-๐๐ เรื่อง แบบบันทึกข้อสังเกตและการให้ ข้อบกพร่องที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด	วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี	xx/xx/xxxx	xx

แบบบันทึกข้อสังเกตและการให้ข้อบกพร่องที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด

หมายเลขแบบบันทึกผลการตรวจติดตามภายใน : วันที่ตรวจติดตาม :/...../.....

กิจกรรมที่ตรวจติดตาม :

ผู้ตรวจติดตาม :

ผู้/หน่วยงานที่ได้รับการตรวจติดตาม :

รายละเอียดสิ่งที่พบ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

รายละเอียดสิ่งที่พบ : มีข้อบกพร่อง ไม่มีข้อบกพร่อง

ข้อบกพร่องที่ตรวจพบ :

.....

.....

.....

ข้าพเจ้ารับทราบ ข้อบกพร่องและยินดีที่จะแก้ไขข้อบกพร่องตามที่ระบุไว้ โดยจะแก้ไขข้อบกพร่องให้เสร็จ
ตามระยะเวลาที่กำหนดและพร้อมที่จะให้มีการตรวจติดตามการแก้ไขข้อบกพร่องในวันที่/...../.....

ผู้รับการตรวจติดตาม.....

(.....)

...../...../.....

ผู้ตรวจติดตาม.....

(.....)

...../...../.....