ชื่อหน่วยงาน......เดือน......

ลำดับ	รายการทำความสะอาด	 ความถี่	Tob	•••••	•••••		•••••	•••••	•••••	•••••								วันที	i												8		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	_	_	_	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	3:
1	กวาดพื้นห้อง/ดันฝุ่น ถูพื้นห้อง	ทุกวัน																															Γ
2	เก็บขยะ(รอบเช้า)	ทุกวัน																															
3	เก็บขยะ(รอบบ่าย)	ทุกวัน																															Г
4	ทำความสะอาดเช็ดโต๊ะ , ตู้เอกสาร , เครื่องใช้สำนักงาน,ชั้นวางของต่างๆ(ถ้ามี)	ทุกวัน																															
5	ทำความสะอาดห้องน้ำ , ชักโครก , อ่าง ล้างหน้า , กระจก , ก๊อกน้ำ (ถ้ามี)	ทุกวัน																															
6	ทำความสะอาดถังขยะ	ทุกสัปดาห์																															
7	ทำความสะอาดระเบียง (ถ้ามี)	ทุกสัปดาห์																															
8	ทำความสะอาดผนังเพดาน , พัดลม	ทุกเดือน																															Г
9	ทำความสะอาดตู้เย็น (ถ้ามี)	ทุกเดือน																															Г
10	อื่นๆ ตามบริบทของหน่วยงาน (ถ้ามี)																																
11																																	
12																																	
	ลงชื่อ																																
	ผู้ปฏิบัติงาน (แม่บ้าน)																																
	ลงชื่อ																																Г
	ผู้ตรวจสอบ																																
	ข้อแนะนำ/																																-
	ความเสี่ยงที่พบ		•••••																														

หมายเหตุ : 1. การกำหนดช่วงเวลาการทำความสะอาดแล้วแต่หน่วยงานตกลงกับแม่บ้านประจำหน่วยงาน หรือถ้ามีเพิ่มเติมสามารถเพิ่มในแบบฟอร์มได้

- 2. แม่บ้านทำความสะอาดทุกวัน/ทุกสัปดาห์/ทุกเดือน ตามรายการแล้วลงเครื่องหมาย / เมื่อทำความสะอาดแล้ว พร้อมลงชื่อในวันที่ทำความสะอาด
- 3. หน่วยงาน(ผู้ตรวจสอบ) ตรวจสอบการทำความสะอาดของแม่บ้าน พร้อมลงชื่อ เขียนข้อแนะนำ หรือความเสี่ยงที่พบ (ถ้ามี)
- 4. หน่วยงานเพิ่มเติมรายการทำความสะอาด ที่นอกเหนือในข้อ 10 , 11 , 12 ตามความเหมาะสมโดยทำข้อตกลงกับแม่บ้านของหน่วยงาน