บันทึกการตรวจเช็คพื้นที่จัดเก็บขยะ

ระจำเดือน :	พื้นที่ตรวจสอบ :
-------------	------------------

ลำดับ	หัวข้อการตรวจเช็ก/วันที่	วันที่		หมายเหตุ												
ыии		ผ่าน	ไม่ผ่าน													
1	ความสะอาดของพื้นที่															
2	ความถูกต้องในการคัดแยกชนิดขยะ															
3	สภาพของภาชนะบรรจุ															
4	อุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัย															
5	กวามสะอาดของร่องระบาย															
6	อื่นๆ															
	ลงชื่อผู้ตรวจ															

^{*} กรณีไม่ตรวจสอบแล้วไม่ผ่านต้องบันทึกรายละเอียคลงในตารางค้านล่างทุกครั้ง

วันที่	รายละเอียดปัญหา	แนวทางการแก้ไข	ลงชื่อผู้ตรวจ	ลงชื่อผู้แก้ใข