

**บริษัท สาลีคัลเลอร์ จำกัด (มหาชน)**  
**แบบตรวจความปลอดภัย โดย จป.หัวหน้างาน**

แผนก .....

สิ่งที่ตรวจ	NO	รายการตรวจสอบ	วันที่													หมายเหตุ
			ช่วง	เช้า	บ่าย	เช้า	บ่าย	เช้า	บ่าย	เช้า	บ่าย	เช้า	บ่าย			
คน	1	พนักงานสวมหมวก , ดิคบัตร ,สวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลหรือไม่	DAY													
			NIGHT													
	2	เช็คว่าพนักงานสวมรองเท้าที่ผิดปกติหรือไม่ (และจะต้องไม่เหยียบส้นรองเท้า)	DAY													
			NIGHT													
	3	พนักงานมาครบตามจำนวนที่กำหนดหรือไม่	DAY													
			NIGHT													
	4	พนักงานอยู่ในสภาพที่พร้อมต่อการปฏิบัติงานหรือไม่	DAY													
			NIGHT													
	5	มีพนักงานสวมเครื่องประดับ ,มีการสวมและแต่งกายที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุหรือไม่	DAY													
			NIGHT													
อุปกรณ์ & เครื่องมือ & เครื่องจักร	1	ระบบการป้องกันอันตรายของเครื่องจักรต่างๆ ยังคงใช้งานได้คืออยู่ในสภาวะที่ปกติหรือไม่	DAY													
			NIGHT													
	2	ขั้นตอนการทำงานต่างๆ ของเครื่องจักรแต่ละเครื่อง ยังเป็นปกติหรือไม่	DAY													
			NIGHT													
	3	อุปกรณ์ ,เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการขนส่ง จัดอยู่ในตำแหน่งที่กำหนดไว้หรือไม่	DAY													
			NIGHT													
	4	อุปกรณ์ , เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการขนส่ง ยังคงใช้งานได้ดีมีประสิทธิภาพอยู่หรือไม่	DAY													
			NIGHT													
	5	ระบบการทำงาน ,การหมุนของ Roller ฯลฯ ยังคงใช้งานได้ดีมีประสิทธิภาพอยู่หรือไม่	DAY													
			NIGHT													
	6	ขณะที่เครื่องจักรชำรุด/ทำการซ่อมอยู่ มีป้ายล็อกเครื่องจักรแขวนไว้หรือไม่	DAY													
			NIGHT													
วัตถุ	1	เช็คว่าผลิตภัณฑ์ Pallet ,Hand Lift โต๊ะเก้าอี้ ฯลฯ ได้จัดเป็นระเบียบพร้อมปฏิบัติงานหรือไม่	DAY													
			NIGHT													
วิธีการ	1	เช็คว่าในแต่ละจุดทำงานมี WORK INSTRUCTION แสดงไว้อย่างครบถ้วนหรือไม่	DAY													
			NIGHT													
	2	เมื่อเกิดอุบัติเหตุ มีการตรวจสอบ การขี้นง และการประเมินความเสี่ยงในแต่ละวันหรือแต่ละครั้ง หรือไม่	DAY													
			NIGHT													
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	1	มีแสงสว่างตามจุดมืดทึบ จุดอับ หรือไม่	DAY													
			NIGHT													
	2	มีสิ่งกีดขวางทางเดินเท้าทางเดินรถหรือกีดขวางอุปกรณ์ดับเพลิงหรือไม่	DAY													
			NIGHT													
	3	มีสารหล่อลื่น ,น้ำมัน ,หรือสิ่งอื่นๆ อยู่ตามพื้นหรือไม่	DAY													
			NIGHT													
	4	มีลมรั่วจากท่อลมหรือตามจุดของเครื่องจักรหรือไม่	DAY													
			NIGHT													
	5	สายไฟ ,ปลั๊กไฟภายในแผนกอยู่ในสภาพที่ชำรุดและไม่เป็นระเบียบหรือไม่	DAY													
			NIGHT													
	6	ตรวจสอบความสะอาดของพื้นที่ ก่อนการทำงาน	DAY													
			NIGHT													

เครื่องหมาย

✓ เป็นไปตามกำหนด

หมายเหตุ : ถ้าไม่เป็นไปตามกำหนด ให้ชี้แจงรายละเอียดเป็นใบแนบ

✗ ไม่เป็นไปตามกำหนด

ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อ .....ผู้รับรอง

ลงชื่อ .....จป.วิชาชีพ

(.....)

(.....)

(.....)