

ใบรายงานการตรวจสอบสภาพวัตถุดิบ / ผลิตภัณฑ์ / อุปกรณ์ / สินค้าสำเร็จรูป

วันที่

ลำดับ	ลักษณะการตรวจสอบ	RACK NO.										พื้นที่					
		A01	A02	A03	A04	A05	A06	B01	B02	B03	B04	FC01	FC02	FC03	FC04	OM ROOM	OIL ROOM
1	วัตถุดิบ/ผลิตภัณฑ์/อุปกรณ์/สินค้าสำเร็จรูป เก็บตรงตามผังหรือไม่																
2	สภาพหีบห่อเรียบร้อยหรือไม่																
3	มีป้ายแสดงสถานะครบถ้วนหรือไม่																
4	สภาพความสะอาดในสถานที่จัดเก็บ																
5	มีวัตถุดิบ/ผลิตภัณฑ์/อุปกรณ์/สินค้าสำเร็จรูป/เสียหรือเสื่อมสภาพหรือไม่																
6	มีสัตว์เข้ามาอาศัยอยู่ในพื้นที่จัดเก็บหรือไม่																
7	อื่นๆ โปรดระบุ																

รายละเอียดสิ่งที่พบตรวจพบ
ผู้ตรวจสอบ :
วันที่ตรวจสอบ :

วิธีการแก้ไข
ผู้แก้ไข :
วันที่แก้ไข :

เกณฑ์ในการตรวจสอบ

☒ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน

หมายเหตุ : ตรวจสอบสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันจันทร์