

ใบบันทึกผลการตรวจสอบลักษณะส่วนบุคคล (แผนก.....)

MO-F-051-00-02/03/63

รายการที่ตรวจสอบ

- 1.การแต่งกาย สวมหมวก (สวมเนื้ท ฟันที่บรรจูลิ้นค้ำและความคุมเครื่องผลิต)

4.บาดแผลตามฝ่ามือและนิ้ว (ควรติดพลาสติกหรือพลาสติก)

6.ไม่นำอุปกรณ์ส่วนตัวหรือสิ่งของมีค่าเข้าพื้นที่ผลิต
- 2.เล็บสั้นสะอาด ไม่มีสิ่งสกปรกตามซอกเล็บ ,ไม่ทาเล็บ

5.ห้ามนำอาหารเครื่องดื่ม ลูกอม หมายฝรั่ง ขนมคบเคี้ยว ยารักษาโรคเข้าพื้นที่ผลิต

เช่น โทรศัพท์มือถือ กระเป๋า กล้องถ่ายรูป ฤูญแจ และอื่นๆ (ถ้ามี) ยกเว้นในส่วนสำนักงาน
- 3.ไม่สวมเครื่องประดับบางชนิด (ยกเว้น สวมใส่สร้อยคอที่แขวนพระแบบชาวได้)

ของโรงงานและคลังสินค้าและหัวหน้างานตั้งแต่ระดับผู้ควบคุมงาน(Supervisor) ขึ้นไปให้ใช้โทรศัพท์ได้

ลำดับ	รายชื่อ	เดือน ..... ปี .....																															หมายเหตุ
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	(ในกรณีที่พบหัวข้อที่ไม่ถูกต้อง)
1																																	
2																																	
3																																	
4																																	
5																																	
6																																	
7																																	
8																																	
9																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
21																																	
22																																	
23																																	
24																																	
25																																	
26																																	
27																																	
28																																	
29																																	
30																																	

หมายเหตุ : √ พนักงานปฏิบัติถูกต้องครบทุกหัวข้อตามกฎระเบียบบริษัทฯ กำหนด

X พนักงานไม่ปฏิบัติตามที่บริษัทฯกำหนดหรือพบว่าบกพร่องไม่ตรงกับรายการใด ให้ทำการแก้ไขทันที

การแก้ไข

ผู้ตรวจสอบ

(.....)

(หัวหน้าแผนก)

ผู้อนุมัติ

(.....)

(QMR.)