

# ตารางการทำความสะอาดห้องน้ำ

ประจำเดือนเดือน ..... ผู้ปฏิบัติงาน ..... ผู้ตรวจสอบ .....

| <div>วันที่</div> <div>รายการ</div> | 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 |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| เรื่องความสะอาด                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| พื้น                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ผนัง/เพดาน                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| โถส้วม/ โถปัสสาวะ                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| สายฉีดชำระ                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| อ่างน้ำ/ กอก                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| กระจก                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ถังขยะ                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| เรื่องความสะอาด                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| สบู่เหลว                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ทิชชู /ผ้าเช็ดมือ                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ลงชื่อ<br>ผู้ปฏิบัติงาน             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ขอแนะนำ/<br>ความเสี่ยงที่พบ         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ลงชื่อผู้ตรวจสอบ                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

- ข้อแนะนำ 1. ผู้ปฏิบัติงาน กำหนดดูแลความสะอาดทุก 2 ชม. ลงเครื่องหมาย / เมื่อทำความสะอาดและความสะอาดแล้ว พร้อมลงชื่อ วันละ 1 ครั้ง
2. ผู้ตรวจสอบ ตรวจสอบการทำความสะอาด /ความสะอาด ของผู้ปฏิบัติงาน ลงชื่อ วันละ 1 ครั้ง เขียนขอแนะนำ/หรือความเสี่ยงที่พบ (ถ้ามี)