



แบบตรวจสอบความสะอาดประจำวัน

สถานที่

[1]: พื้นที่สโมสรชั้นล่าง [2]: ห้องน้ำชายชั้นล่าง [3]: ห้องน้ำหญิงชั้นล่าง [4]: ห้องน้ำรวมชั้นบน [5]: พื้นที่ห้องฟิตเนส

วันที่เริ่ม

___ / ___ / ___

ถึงวันที่

___ / ___ / ___

ลำดับ พื้นที่	รายละเอียดการตรวจสอบ	อาทิตย์					จันทร์					อังคาร					พุธ					พฤหัสบดี					ศุกร์					เสาร์				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	ความสะอาดโดยรอบพื้นที่																																			
2	พื้นห้องน้ำสะอาด ทางเดินไม่เปียก หรือมีหยดน้ำ																																			
3	อ่างล้างมือ/ล้างหน้า สะอาดไม่มีคราบ																																			
4	ผ้าเช็ดมือแห้ง ไม่เปียกชื้น ไม่เหม็นอับ																																			
5	กระดาษชำระมีเพียงพอต่อการใช้งาน																																			
6	ฝาผนังห้องน้ำไม่มีคราบ																																			
7	โถชักโครก / โถปัสสาวะ ที่ฉีดน้ำสะอาด ไม่มีคราบ																																			
8	กระจกสะอาดไม่มีคราบ																																			
9	ถังขยะไม่ล้น / ไม่เลอะเทอะ																																			
10	ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น																																			
11	ช่องระบายอากาศไม่มีฝุ่นซี่ผง หักไถ่																																			
12	บริเวณโดยรอบ และในห้องน้ำ ไม่พบหยากไย่และขยะ																																			
	ลงนามผู้ดูแล :																																			
	ลงนามผู้ตรวจสอบ :																																			