**ชื่อห้องปฏิบัติการ ..... วันที่ตรวจประเมิน .....**

**รายชื่อหน่วยเก็บตัวอย่างของห้องปฏิบัติการ** ทั้งหมด ..... หน่วยงาน สุ่มตรวจ ..... หน่วยงาน

| ลำดับ | ชื่อหน่วยงาน | ที่ตั้ง | ชื่อผู้ตรวจประเมิน | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**หมายเหตุ**

1. ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ จะถูกสุ่มตรวจหน่วยเก็บตัวอย่างของห้องปฏิบัติการ ตามขั้นตอนการปฏิบัติงาน SOP for Medical laboratory sampling of sample collection sites and scope of testing (SOP 07 15 020)
2. รายการที่ถูกตรวจ/ สุ่มตรวจตามเกณฑ์การสุ่มตรวจดังกล่าว จะถูกทำแถบสี (High light)