แบบฟอร์มเช็คอุปกรณ์ จดมิเตอร์ไฟฟ้าหอพักบุคลากรโรงพยาบาล 1 และ 2 (เข้า - ออก) **Form No.10**

ชื่อ ตำแหน่ง หมายเลขห้องพัก

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

เข้าพักวันที่ เวลา

ออกวันที่ เวลา

ลำดับ	รายการ	CHECK-IN			CHECK-OUT			หมายเหตุ
		เข้าพัก			ย้ายออก			
		จำนวน	ปกติ	เสียหาย	จำนวน	ปกติ	เสียหาย	
1	เครื่องทำน้ำอุ่น							
2	พัดลมดูดอากาศ							
3	ราวแขวนผ้า							
4	ชั้นวางสบู่							
5	ก๊อกน้ำตรงระเบียง							
6	สายฉีดชำระ							
7	กล่องใสกระดาษทิชชู							
8	โถชักโครก							
9	ก๊อกอ่างล้างหน้า							
10	สายน้ำดี							
11	ชุดท่อน้ำทิ้งอ่างล้างหน้า							
12	อ่างล้างหน้า							
13	กระจกส่องในห้องน้ำ							
14	หลอดไฟ 14 วัตต์							
15	เครื่องปรับอากาศ							
16	ราวตากผ้า							
17	ก๊อกน้ำในห้องน้ำ							
18	โคมไฟ							
19	หลอดไฟ 18 วัตต์							
20	สวิตซ์ปิด-เปิดไฟ							
21	ปลั๊กไฟติดผนัง							
22	พัดลมติดผนังครบชุด Panasonic							
23	ชุดตู้เสื้อผ้า							
24	เก้าอี้							
25	เตียงนอน							
26	ที่นอน							
27	รีโมทเครื่องปรับอากาศ							
28	Smoke							
29	ลูกบิดประตู							
30	กลอนประตูในห้องครบชุด							
31	ประตูบานเลื่อนมุ้งลวด							
32	ประตูบานเลื่อนกระจก							
33	ประตูห้องน้ำ							
34	ประตูห้อง							
	มิเตอร์ไฟฟ้าเริ่มต้น	วันที่เข้า			ผู้พักอาศัย			
	มิเตอร์ไฟฟ้าสิ้นสุด	วันที่ออก			ผู้พักอาศัย			