

แบบฟอร์มการตรวจเช็ครถยนต์ราชการ “ก่อน” นำออกปฏิบัติงาน

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 8

หมายเลขทะเบียน.....

ตรวจสอบโดย.....

ตรวจสอบวันที่.....

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของเอกสาร/ทะเบียนรถยนต์

ที่	รายการ	สภาพ		หมายเหตุ
		ปกติ	ชำรุด	
1	มีป้ายต่อภาษีประจำปีหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี			
2	คนขับมีใบขับขี่ถูกต้องหรือไม่ <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง			
3	มีบันทึกการใช้รถยนต์(แบบ 4)หรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี			
4	มีป้ายทะเบียนรถยนต์ หน้า/หลัง หรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี			
5	มีอะไหล่ยางรถยนต์หรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี			
6	มีอุปกรณ์ซ่อมบำรุงรถยนต์หรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี			

2. เครื่องยนต์ ระบบไฟฟ้า ช่วงล่าง ระบบทั่วไป และอื่น ๆ

ที่	รายการ	สภาพ		อาการที่ชำรุด
		ปกติ	ชำรุด	
1	น้ำมันเครื่อง			
2	น้ำมันเบรก			
3	น้ำมันหล่อเย็น			
4	สายพาน			
5	แบตเตอรี่/น้ำกลั่น			
6	ไฟเลี้ยว หน้า/หลัง			
7	ไฟเบรก			
8	ไฟหรี			
9	ไฟสูง			
10	ไฟตัดหมอก			
11	ที่ปิดน้ำฝน			
12	ไฟหน้าปัดรถยนต์			
13	เข็มขัดนิรภัย			
14	สัญญาณแตร			
15	เครื่องปรับอากาศ			
16	กระจกรถยนต์หน้า/หลัง			
17	กระจกรถยนต์ด้านข้าง			
18	กระจกมองข้าง ซ้าย/ขวา			
19	รอยขีด รอยยุบ รอยชน			
20	ลมยาง/สภาพยาง			
21	ระบบรองรับน้ำหนักช่วงล่าง			
22	ความสะอาดตัวรถยนต์			
23	ความสะอาดห้องเครื่องยนต์			
24	ความสะอาดในห้องโดยสาร			
25	ระดับน้ำมันรถยนต์หลังจากเสร็จสิ้นภารกิจ			

หมายเหตุ.....

.....

แบบฟอร์มการตรวจเช็ครถยนต์ราชการ “หลัง” จากเสร็จสิ้นภารกิจ (ก่อนนำเข้าเก็บในโรงรถยนต์)

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 8

หมายเลขทะเบียน.....

ตรวจสอบโดย.....

ตรวจสอบวันที่.....

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของเอกสาร/ทะเบียนรถยนต์

ที่	รายการ	สภาพ		หมายเหตุ
		ปกติ	ชำรุด	
1	มีป้ายต่อภาษีประจำปีหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี			
2	คนขับมีใบขับขี่ถูกต้องหรือไม่ <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง			
3	มีบันทึกการใช้รถยนต์(แบบ 4) หรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี			
4	มีป้ายทะเบียนรถยนต์ หน้า/หลัง หรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี			
5	มีอะไหล่ยางรถยนต์หรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี			
6	มีอุปกรณ์ซ่อมบำรุงรถยนต์หรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี			

2. เครื่องยนต์ ระบบไฟฟ้า ช่วงล่าง ระบบทั่วไป และอื่น ๆ

ที่	รายการ	สภาพ		อาการที่ชำรุด
		ปกติ	ชำรุด	
1	น้ำมันเครื่อง			
2	น้ำมันเบรค			
3	น้ำมันหล่อเย็น			
4	สายพาน			
5	แบตเตอรี่/น้ำกลั่น			
6	ไฟเลี้ยว หน้า/หลัง			
7	ไฟเบรค			
8	ไฟหรี			
9	ไฟสูง			
10	ไฟตัดหมอก			
11	ที่ปิดน้ำฝน			
12	ไฟหน้าปัดรถยนต์			
13	เข็มขัดนิรภัย			
14	สัญญาณแตร			
15	เครื่องปรับอากาศ			
16	กระจกรถยนต์หน้า/หลัง			
17	กระจกรถยนต์ด้านข้าง			
18	กระจกมองข้าง ซ้าย/ขวา			
19	รอยขีด รอยยุบ รอยชน			
20	ลมยาง/สภาพยาง			
21	ระบบรองรับน้ำหนักช่วงล่าง			
22	ความสะอาดตัวรถยนต์			
23	ความสะอาดห้องเครื่องยนต์			
24	ความสะอาดในห้องโดยสาร			
25	ระดับน้ำมันรถยนต์หลังจากเสร็จสิ้นภารกิจ			

หมายเหตุ.....

.....

เลขที่.....

ใบขออนุญาตใช้รถยนต์ราชการ
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 8

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 8

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

ขออนุญาตใช้รถยนต์ราชการไปที่.....

เพื่อ..... มีคนนั่ง.....คน

ในวันที่..... เวลา.....

ถึงวันที่..... เวลา.....

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต

(.....)

...../...../.....

ความเห็นของผู้รับผิดชอบงานยานพาหนะ

เห็นควรอนุญาต โดยใช้รถยนต์ราชการ หมายเลขทะเบียน.....

โดย นาย.....เป็นพนักงานขับรถราชการไปราชการในครั้งนี้

อนุมัติน้ำมัน.....ลิตร น้ำมันเครื่อง.....ลิตร น้ำกลั่น.....ลิตร

เลขไมล์ออก..... เลขไมล์เข้า.....

ลงชื่อ.....ผู้รับผิดชอบ

(.....)

...../...../.....

ความเห็นผู้มีอำนาจลงนาม

 อนุญาต ไม่อนุญาต..... ทราบ

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานขับรถ

(.....)