

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |                                                                                                   |   |                                                                |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| <div><div>แบบตรวจสอบรับ-ส่ง สินค้า</div></div>                                                                                                                                              |                                                                                                                       | <div>พื้นที่ <input type="checkbox"/> INCOMING</div> <div><input type="checkbox"/> DELIVERY</div> |   | <div>รายละเอียด เส้นทาง SSMC ~</div> <div>ทะเบียนรถ.....</div> |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    | <div>ชื่อพนักงานขับรถคนที่ 1</div> |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |                                                                                                   |   |                                                                |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    | <div>ชื่อพนักงานขับรถคนที่ 2</div> |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| ข้อที่                                                                                                                                                                                                                                                                       | หัวข้อการประเมิน                                                                                                      | ประจำเดือน : ..... ปี : .....                                                                     |   |                                                                |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       | 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 |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                            | การเกิดอุบัติเหตุ ในระหว่างการเดินทาง และการทำงาน                                                                     |                                                                                                   |   |                                                                |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                            | ความคิดพลาดในการจัดส่ง เช่น เอกสาร เวลา                                                                               |                                                                                                   |   |                                                                |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                            | ได้รับข้อร้องเรียนจากลูกค้า หรือ Supplier ที่เข้าไปทำการจัดส่งสินค้า                                                  |                                                                                                   |   |                                                                |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                            | มารยาทของพนักงาน เช่น พูดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใจ กระตือรือร้นในการทำงาน อยู่เสมอ                                      |                                                                                                   |   |                                                                |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                            | สภาพของรถ อยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ ถูกต้อง ตามกฎหมายกำหนด เช่น ไม่มีควันดำ ไม่มี น้ำมันหยด สภาพไฟสัญญาณไม่เสียหาย เป็นต้น |                                                                                                   |   |                                                                |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                            | การแต่งกาย ตามกฎระเบียบที่กำหนด แต่งกาย สุภาพ ไม่สวมรองเท้าแตะ ดัดบัตรครบถ้วน ตามมาตรฐานกำหนด                         |                                                                                                   |   |                                                                |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| บันทึกโดย                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                       |                                                                                                   |   |                                                                |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| ตรวจสอบโดย                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |                                                                                                   |   |                                                                |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| <div>หมายเหตุ</div> <div>การกำหนดสัญลักษณ์ในการตรวจสอบ</div> <div><div><input type="radio"/> ปฏิบัติตามกฎระเบียบที่กำหนด</div><div><input checked="" type="radio"/> ไม่ปฏิบัติตามระเบียบที่กำหนด</div><div><input checked="" type="radio"/> ปฏิบัติแต่ไม่ครบถ้วน</div></div> |                                                                                                                       |                                                                                                   |   |                                                                |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    | <div>ขั้นตอนการตรวจสอบ</div> <div><div>STAFF/<br/>OPERATOR</div><div>ทำการบันทึก<br/>การตรวจสอบ</div></div> <div><div>TEAM</div><div>ตรวจสอบ<br/>บันทึก</div></div> <div><div>GROUP<br/>LEADER</div><div>สรุปผล<br/>ประจำเดือน</div></div> <div><div>SUPPLIER</div></div> |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| <div>ข้อเสนอแนะให้ปรับปรุง</div> <div></div> <div></div> <div></div>                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |                                                                                                   |   |                                                                |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |