

แบบฟอร์มรายงานผล

การตรวจรับรองหลักการปฏิบัติที่ดี (GMP) สำหรับศูนย์รวบรวมน้ำนมดิบ

ข้อมูลผู้ประกอบการ

ชื่อผู้ประกอบการ.....ชื่อสถานที่ประกอบการ.....
 ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
 จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ข้อมูลศูนย์รวบรวมน้ำนมดิบ

ชื่อศูนย์รวบรวมน้ำนมดิบ
 ใบรับรอง การปฏิบัติที่ดีฯ เลขที่.....
 ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
 จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
 ชื่อ-นามสกุล พนักงานเจ้าหน้าที่.....ที่อยู่.....
เบอร์โทรศัพท์.....ตั้งแต่วันที่...../...../.....
 ชื่อ-นามสกุล พนักงานเจ้าหน้าที่.....ที่อยู่.....
เบอร์โทรศัพท์.....ตั้งแต่วันที่...../...../.....

รายชื่อผู้ตรวจประเมิน

- ชื่อ.....ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....ลายมือชื่อ.....
- ชื่อ.....ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....ลายมือชื่อ.....
- ชื่อ.....ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....ลายมือชื่อ.....
- ชื่อ.....ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....ลายมือชื่อ.....

รายชื่อผู้รับการตรวจประเมิน

1. ชื่อ.....	ตำแหน่ง.....	ลายมือชื่อ.....
2. ชื่อ.....	ตำแหน่ง.....	ลายมือชื่อ.....
3. ชื่อ.....	ตำแหน่ง.....	ลายมือชื่อ.....
4. ชื่อ.....	ตำแหน่ง.....	ลายมือชื่อ.....

ข้อมูลการตรวจรับรอง

จุดประสงค์ของการตรวจ ขอการรับรองใหม่ ต่ออายุใบรับรอง

ตรวจสอบติดตามครั้งที่..... อื่นๆ

วันที่ตรวจรับรอง..... เวลา.....

สรุปผลการตรวจ ผ่าน ผ่านต้องแก้ไข ไม่ผ่าน

ข้อบกพร่องที่พบ.....

ข้อสังเกต/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง ดังนี้.....

ความเห็นของคุณเป็นผู้ตรวจรับรอง

เห็นควรเสนอคณะกรรมการรับรองฯ เพื่อพิจารณาให้การรับรอง/ต่ออายุการรับรอง เมื่อได้รับแนวทางการปรับปรุงแก้ไข และป้องกันข้อบกพร่อง (ถ้ามี) จากผู้ประกอบกร

เห็นควรเสนอคณะกรรมการรับรองฯ เพื่อพิจารณาพักใช้การรับรอง

เห็นควรเสนอคณะกรรมการรับรองฯ เพื่อพิจารณาเพิกถอนการรับรอง

เห็นควรเสนอผู้ตัดสินการรับรองเพื่อพิจารณายกเลิกการรับรอง

เห็นควรเสนอผู้ตัดสินการรับรองเพื่อพิจารณาคงไว้ซึ่งการรับรอง เมื่อได้รับแนวทางการปรับปรุงแก้ไขและป้องกันข้อบกพร่อง (ถ้ามี) จากผู้ได้รับการรับรอง

ลงชื่อ.....ผู้ประกอบการ ลงชื่อ.....หัวหน้าคณะผู้ตรวจรับรอง
 (.....) (.....)
 วันที่..... วันที่.....