



ชื่อเอกสาร
ดำเนินการวิจัย
ประเภทเอกสาร
รหัสเอกสาร
ห้องปฏิบัติการ

การประเมินความพร้อมก่อนเริ่ม
Reporting Form
CRL-FM-7003
วิจัยเซลล์และชีวโมเลกุล

วันที่ทบทวนเอกสาร 28 ธ.ค
2563
ครั้งที่ 1/2563
หมายเลขห้อง CE02403
อาคาร เรียนรวม ชั้น
4

ห้องปฏิบัติการวิจัยกลาง คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์		การประเมินความพร้อมก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย			CRL-FM-7003												
ชื่อ-สกุล ผู้ปฏิบัติงาน ห้องปฏิบัติการ นักวิทยาศาสตร์ประจำห้องปฏิบัติการวิจัย ช่วงเวลาที่ทำการประเมิน																	
สารเคมีที่ต้องใช้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ที่</th> <th>ชื่อสารเคมี</th> <th>ปริมาณที่ใช้</th> <th>สถานะของสาร</th> <th>ประเภทความเป็นอันตราย</th> <th>ระดับความเป็นอันตราย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						ที่	ชื่อสารเคมี	ปริมาณที่ใช้	สถานะของสาร	ประเภทความเป็นอันตราย	ระดับความเป็นอันตราย						
ที่	ชื่อสารเคมี	ปริมาณที่ใช้	สถานะของสาร	ประเภทความเป็นอันตราย	ระดับความเป็นอันตราย												
อุปกรณ์และเครื่องมือที่ต้องใช้ (ผู้ปฏิบัติงานต้องได้รับการอบรมจากผู้ดูแลตามรายการ)																	
ที่	อุปกรณ์/เครื่องมือ	สถานที่วาง เครื่องมือ	วันที่ได้รับการ ฝึกใช้เครื่องมือ จริง	ลายเซ็นผู้ดูแล/ผู้เชี่ยวชาญ													
วิธีการทดลองที่ต้องทำ																	
ที่	ชื่อวิธีการทดลอง	ระยะเวลา การทดลอง	ระดับความ เป็นอันตราย	เส้นทางรับและสัมผัส	PPE ที่ต้องใช้												

..... นางสาวพัชรินทร์ ใจซื่อ ผู้จัดทำ ว/ด/ป.....	 ผู้ตรวจสอบ ว/ด/ป.....	 ผู้อนุมัติ ว/ด/ป.....
---	-----------------------------------	-----------------------------------

	ชื่อเอกสาร	การประเมินความพร้อมก่อนเริ่ม	วันที่ทบทวนเอกสาร 28 ธ.ค
	ดำเนินการวิจัย		2563
ประเภทเอกสาร	Reporting Form	ครั้งที่	1/2563
รหัสเอกสาร	CRL-FM-7003	หมายเลขห้อง	CE02403
ห้องปฏิบัติการ	วิจัยเซลล์และชีวโมเลกุล	อาคาร	เรียนรวม ชั้น
		4	

ของเสียที่เกิดขึ้นและวิธีการกำจัดของเสีย					
ที่	รายการของเสียสารเคมี	ประเภทของเสีย	สถานที่เก็บของเสีย	ชนิด/ขนาดภาชนะบรรจุ	วิธีการกำจัด
ผู้วิจัยได้ดำเนินการเตรียมการครบทุกขั้นตอนแล้ว นักวิทยาศาสตร์ประจำห้องปฏิบัติการวิจัยเห็นสมควรอนุมัติให้เริ่มทำวิจัยได้ ลงชื่อนักวิทยาศาสตร์ประจำห้องปฏิบัติการวิจัย..... วันที่..... ลงชื่อผู้ประสานงานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการฯ..... วันที่ได้รับเอกสาร.....					

นางสาวพัชรินทร์ ใจซื่อ ผู้จัดทำ ว/ด/ป.....	ผู้ตรวจสอบ ว/ด/ป.....	ผู้อนุมัติ ว/ด/ป.....
--	--------------------------	--------------------------