ฝ่ายจุลชีววิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้มีสิทธิ์ใช้เครื่อง
1. .....
2. .....
3. .....

แบบฟอร์มบันทึกการใช้เครื่องชั่ง

หมายเลขเครื่อง/รุ่น..... **รหัส** ..... **ห้อง**.....

ว/ด/ป	นน. มาตรฐานที่ใช้ *		การใช้งาน		ทำความสะอาด **		ชื่อผู้ใช้	หมายเหตุ
	กรัม	ชั่งได้	สิ่งที่ชั่ง	น้ำหนักที่ใช้(กรัม)	จานรอง	หน้าจอ		

*** ทวนสอบโดยตุ้มน้ำหนักมาตรฐาน สัปดาห์ละครั้ง**

**** ทำความสะอาดหลังใช้งานทุกครั้ง**

ผู้ดูแลรักษา .....

F-1813/ 1-10-57