

ฝ่ายจุลชีวะวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แบบฟอร์มบันทึกการใช้งานเครื่องปั่นเหวี่ยง

หมายเลขเครื่อง/ รุ่น..... สอบเทียบครั้งล่าสุด..... สอบเทียบครั้งต่อไป

ผู้มีสิทธิใช้เครื่อง

1.
2.
3.

วัน/เดือน/ปี ที่ใช้	เวลาเปิด-ปิดเครื่อง	รายการที่ปั่น	ความเร็วรอบ/นาที	อุณหภูมิที่ใช้ (ถ้ามี) (refrigerated Cen)	ชื่อผู้ใช้	การทำความสะอาด	หมายเหตุ (ข้อสังเกตเกี่ยวกับตัวเครื่อง)

ผู้ดูแลรักษา.....

F-1814/1-10-53