



กลุ่มควบคุมวัตถุอันตราย สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

บันทึกการตรวจสอบสถานที่ที่มีไว้ในครอบครองซึ่งวัตถุอันตรายเพื่อใช้รับจ้างในบ้านเรือน
หรือทางสาธารณสุข

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันนี้เวลาประมาณ.....น. นาย/นาง/นางสาว.....

พนักงานเจ้าหน้าที่ตามความในมาตรา 54 แห่งพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ.2535 ได้มาทำการตรวจสอบ
สถานที่ที่มีไว้ในครอบครอง ซึ่งวัตถุอันตรายเพื่อใช้รับจ้างในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข

ชื่อบริษัท/ห้าง/ร้าน.....สำนักงานฯตั้งอยู่เลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....เขตสถานีตำรวจ.....สถานที่ใกล้เคียง.....

1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 สถานที่เก็บวัตถุอันตราย

แห่งเดียวกับสำนักงานฯ

คนละแห่งกับสำนักงานฯ เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

1.2 ชื่อผู้รับอนุญาต/ผู้ยื่นคำขอ.....

ชื่อผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน.....

เป็นการตรวจกรณี ประกอบการพิจารณาอนุญาต

ตรวจติดตามเฝ้าระวัง เลขที่ใบอนุญาต.....

ประกอบการพิจารณาต่ออายุ เลขที่ใบอนุญาต.....

อื่น ๆ.....

1.3 ประเภทของการให้บริการ

กำจัดแมลง/สัตว์พาหะ

ทำความสะอาด

1.4 ชื่อผู้ควบคุม.....เลขที่.....ใช้ได้ถึง.....

2 สถานที่เก็บวัตถุอันตราย

2.1 ท่าเลที่ตั้ง

- เหมาะสม (ไม่ก่อให้เกิดเหตุรำคาญ อันตรายหรือเสียหายต่อบุคคล สัตว์ พืช ทรัพย์สิน หรือสิ่งแวดล้อม)
- ไม่เหมาะสม

2.2 บริเวณทางเข้า/อาคารสถานที่เก็บวัตถุอันตราย

- (1) มีแผ่นป้าย “วัตถุอันตราย” เป็นอักษรสีแดงบนพื้นขาว ขนาดเห็นได้ชัดเจน
- มี ไม่มี
- (2) แผ่นป้าย “ห้ามสูบบุหรี่ ดื่มน้ำ รับประทานอาหารหรือเก็บอาหาร”
- มี ไม่มี
- (3) มีแผ่นป้ายข้อความ คำเตือน ตามที่กฎหมายกำหนด หรือไม่
- มี ไม่มี
- ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง

2.3 ลักษณะของอาคารสถานที่เก็บวัตถุอันตราย

- มั่นคงแข็งแรง ไม่มั่นคงแข็งแรง
- แยกเป็นสัดส่วน/เก็บเฉพาะวัตถุอันตราย ไม่เป็นสัดส่วน

2.4 ภายในห้องเก็บวัตถุอันตราย

- (1) พื้นที่เก็บวัตถุอันตราย
- เพียงพอ ไม่เพียงพอ
- (2) แยกเก็บวัตถุอันตรายเป็นสัดส่วนเพื่อสะดวกในการขนย้าย หรือไม่
- เป็นสัดส่วน ไม่เป็นสัดส่วน
- (3) วัตถุอันตราย มีฉลาก/ป้ายชื่อระบุชัดเจน หรือไม่
- มี ไม่มี
- (4) การเก็บรักษาวัตถุอันตรายเหมาะสม (มีชั้น/ยกพื้น/ที่รองรับ) หรือไม่
- เหมาะสม ไม่เหมาะสม
- (5) ระบบการระบายอากาศ เหมาะสม หรือไม่
- เหมาะสม ไม่เหมาะสม
- (6) แสงสว่างเพียงพอกับสภาพการทำงาน หรือไม่
- เพียงพอ ไม่เพียงพอ
- (7) พื้นของสถานที่เก็บต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่กักขังน้ำหรือสิ่งอื่น และต้องไม่ดูดซับวัตถุอันตราย
- เหมาะสม ไม่เหมาะสม

2.5 อุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

- (1) มีอุปกรณ์/เครื่องมือ สำหรับแบ่งถ่ายวัตถุดิบอันตรายที่จะนำไปใช้ หรือไม่
 มี ไม่มี
- (2) มีภาชนะรองรับวัตถุดิบอันตรายขณะแบ่งถ่ายเพื่อป้องกันการหกรั่วไหล หรือไม่
 มี ไม่มี
- (3) อุปกรณ์/เครื่องมือ/เครื่องใช้ในการปฏิบัติงานอยู่ในสภาพที่ดี/ไม่ชำรุด หรือไม่
 ดี ไม่ดี
- (4) มีการดูแลรักษาและทำความสะอาดอุปกรณ์/เครื่องมือ/เครื่องใช้ในการปฏิบัติงาน หรือไม่
 มี ไม่มี
- (5) มีการติดชื่อวัตถุดิบอันตรายบนภาชนะที่แบ่งถ่าย
 มี ไม่มี

2.6 มาตรการด้านความปลอดภัย

- (1) วิธีการกำจัดหรือทำลายเศษเหลือใช้ของวัตถุดิบอันตราย เหมาะสมหรือไม่
 เหมาะสม ไม่เหมาะสม
- (2) มีวิธีการกำจัดหรือทำลายภาชนะบรรจุวัตถุดิบอันตรายที่เหลือใช้แล้ว หรือไม่
 มี ไม่มี
 เหมาะสม ไม่เหมาะสม
 รวบรวมส่งบริษัทที่รับจ้างทำลายนำไปกำจัดหรือทำลาย
 ดำเนินการกำจัดเอง โดย.....
 ส่งคืนบริษัทฯที่ซื้อสารเคมี
- (3) มีที่อาบน้ำ หรือที่ล้างตาฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติงาน(ตามความเหมาะสม) หรือไม่
 มี ไม่มี
- (4) มีอุปกรณ์ป้องกัน ระวังอัคคีภัย เช่น เครื่องดับเพลิง สารเคมีดับเพลิง หรือไม่
 มี ไม่มี
- (5) มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ป้องกัน ควบคุม ระวังหรือบรรเทาอุบัติเหตุจากการหกรั่วไหลของวัตถุดิบอันตราย เช่น ขี้เลื่อย ทราย แกลบ พร้อมถัง ที่ตัก ถูพลาสติก หรือไม่
 มี ไม่มี
- (6) มีเครื่องปฐมพยาบาล พร้อมคำแนะนำวิธีการปฐมพยาบาลที่เหมาะสมกับวัตถุอันตรายที่ใช้ หรือไม่
 มี ไม่มี

- (7) มีเอกสารแสดงวิธีการใช้ การป้องกันอันตรายที่จะเกิดแก่บุคคล สัตว์ พืช ทรัพย์สิน และสิ่งแวดล้อมของวัตถุอันตรายที่ใช้ เช่น เอกสารความปลอดภัยของวัตถุอันตราย หรือไม่
- มี ไม่มี
- (8) มีการตรวจสอบสภาพของผู้ปฏิบัติงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือไม่
- มี ไม่มี
- (9) มีหลักฐานการตรวจสอบสภาพของผู้ปฏิบัติงาน หรือไม่
- มี ไม่มี
- (10) กรณีมีใช้วัตถุอันตรายที่เป็นสารกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต หรือสารคาร์บาเมต มีผลการตรวจสอบสภาพของพนักงานหาระดับซีรัมโคลีนเอสเตอเรส หรือไม่
- มี ไม่มี
- 2.7 อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงาน
- (1) มีเสื้อผ้าชุดปฏิบัติงาน หรือไม่
- มี ไม่มี
- (2) มีหมวก ถุงมือ รองเท้า หรือไม่
- มี ไม่มี
- (3) มีหน้ากาก หรือไม่
- มี ไม่มี
- (4) มีแว่นตา (ตามความจำเป็น) หรือไม่
- มี ไม่มี
- 2.8 การแยกเก็บอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ตามข้อ 2.7 (จะต้องไม่อยู่ในห้องเก็บวัตถุอันตราย) เหมาะสมหรือไม่
- เหมาะสม ไม่เหมาะสม
- 2.9 มีการใช้วัตถุอันตรายที่ถูกต้องตามกฎหมาย มีฉลากครบถ้วนและตรงตามวัตถุประสงค์ของวัตถุอันตรายชนิดนั้นๆ หรือไม่ (เฉพาะรายเก่า)
- ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง

3 การให้บริการแก่ลูกค้า

3.1 มีหนังสือสัญญาการให้บริการแก่ลูกค้า เป็นลายลักษณ์อักษร หรือไม่

มี ไม่มี

3.2 หนังสือสัญญามีรายละเอียด ดังนี้หรือไม่

(1) เลขที่ใบอนุญาตหรือใบรับแจ้งมีไว้ในครอบครองซึ่งวัตถุอันตราย

มี ไม่มี

(2) ชื่อผลิตภัณฑ์ที่ใช้ พร้อมเลขทะเบียนผลิตภัณฑ์วัตถุอันตราย

มี ไม่มี

(3) อาการเกิดพิษของวัตถุอันตราย

มี ไม่มี

(4) วิธีแก้พิษและคำเตือน

มี ไม่มี

3.3 มีการมอบรายละเอียดของผลิตภัณฑ์วัตถุอันตรายที่ใช้ตามที่ใช้ตามและผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าจัดทำขึ้นแก่ผู้รับบริการ เช่น ฉลากหรือเอกสารข้อมูลความปลอดภัย (SDS)

มี ไม่มี

3.4 มีบันทึกประจำวันเกี่ยวกับสถานที่ไปให้บริการ หรือไม่

มี ไม่มี

3.5 บันทึกประจำวันเกี่ยวกับสถานที่ไปให้บริการ มีรายละเอียดดังนี้หรือไม่

(1) ผู้ว่าจ้างและผู้ปฏิบัติงาน

มี ไม่มี

(2) วันที่ให้บริการและที่ตั้งสถานที่ให้บริการ

มี ไม่มี

(3) ชื่อผลิตภัณฑ์ทะเบียน ปริมาณที่ใช้ อัตราส่วนการผสม

มี ไม่มี

(4) มีการเก็บบันทึกไว้เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี

มี ไม่มี

3.6 จัดให้มีแผ่นป้าย “ อันตรายห้ามเข้า ” หรือ “ สถานที่ที่มีการใช้วัตถุอันตราย ” ขนาดเห็นได้ชัดเจนสำหรับแสดงไว้บริเวณสถานที่ที่มีการใช้วัตถุอันตราย

มี ไม่มี

ทั้งนี้กรณีที่มีข้อบกพร่องให้ผู้ประกอบการส่งแนวทางการแก้ไขข้อบกพร่องภายใน 30 วันทำการ ในการมาตรวจของพนักงานเจ้าหน้าที่ครั้งนี้ได้ทำให้ทรัพย์สินที่อยู่ในสถานที่สูญหาย หรือเสียหายแต่อย่างใด และได้อ่านให้ฟังเป็นที่เข้าใจแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับอนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)