แบบฟอร์มกำหนดการตรวจ (Audit Plan) การตรวจประเมินระบบคอมพาร์ทเมนต์สัตว์ปีกปลอดโรคไข้หวัดนก สำหรับ.....	รหัส F-COM-AUD/PLA-01 แก้ไขครั้งที่ 2 ประกาศใช้วันที่ 1 ตุลาคม 2562 หน้า 1/1

1. ข้อมูลสถานประกอบการที่ดำเนินการตรวจ

บริษัท.....คอมพาร์ทเมนต์ที่.....ลำดับที่.....

ชื่อ – นามสกุล ผู้จัดการคอมพาร์ทเมนต์.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

ชื่อสถานประกอบการ (ฟาร์ม/โรงงาน).....

เลขทะเบียน GAP/GMP : 02 2☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐

วันที่ออกใบรับรอง.....วันที่หมดอายุ.....

ชื่อ – นามสกุล ผู้ประกอบการ.....

ที่อยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ.....อีเมลล์.....

2. ข้อมูลการตรวจรับรอง

กำหนดวันที่ตรวจรับรอง.....เวลา.....

จุดประสงค์ของการตรวจ ❑ ขอรับการรับรองครั้งแรก ❑ ตรวจต่ออายุใบรับรอง

❑ ตรวจติดตาม ❑ อื่นๆ.....

หลักเกณฑ์การตรวจมาตรฐานการจัดการด้านความปลอดภัยทางชีวภาพ สำหรับ

❑ ฟาร์มสัตว์ปีกเนื้อและ ฟาร์มสัตว์ปีกพันธุ์ ❑ โรงงานผลิตอาหารสัตว์

❑ สถานที่ฟักไข่สัตว์ปีก ❑ โรงฆ่าสัตว์ปีก

3. รายชื่อคณะผู้ตรวจประเมิน Audit Team)

1..... หัวหน้าคณะผู้ตรวจประเมิน

2..... ผู้ตรวจประเมิน

3..... ผู้ตรวจประเมินและเลขานุการ

4.....

5.....

6.....

หมายเหตุ

1. กำหนดการนี้เป็นกำหนดการที่อาจมีการปรับเปลี่ยนได้ตามสภาวการณ์ที่พบ

2. กรณีที่ผู้จัดการคอมพาร์ทเมนต์หรือผู้ประกอบการมีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดข้อกำหนดการตรวจประเมินหรือมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับรายชื่อคณะผู้ตรวจประเมิน โปรดติดต่อหัวหน้าคณะผู้ตรวจประเมินได้ที่หมายเลขติดต่อ.....

ลงชื่อ.....

( )

เลขานุการคณะผู้ตรวจประเมินหรือผู้ที่ได้มอบหมาย

วันที่...../...../.....