



ที่ กบ ๐๐๒๓.๓/ว ๑๒๕๕

ศาลากลางจังหวัดกระบี่
ถนนอุตรกิจ กบ ๘๑๐๐๐

๑ พฤษภาคม ๒๕๕๖

เรื่อง การใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดกระบี่ และนายกเทศมนตรีเมืองกระบี่

สิ่งที่ส่งมาด้วย ตัวอย่างเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยจังหวัดกระบี่ได้รับจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นว่า กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ขอความร่วมมือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นประสานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดูแลควบคุมกำกับให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเริ่มใช้เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อตามระบบ ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๖ เป็นต้นไป โดยที่เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ๑ ชุด ประกอบด้วยแผ่นเอกสาร ๖ แผ่น ดังนี้

๑. เอกสาร ตช. ๐๑/๑ (สีฟ้า) ต้นฉบับสำหรับโรงพยาบาล
๒. เอกสาร ตช. ๐๒ (สีเหลือง) สำหรับผู้กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ
๓. เอกสาร ตช. ๐๓ (สีชมพู) สำหรับผู้ส่งมูลฝอยติดเชื้อ
๔. เอกสาร ตช. ๐๔ (สีขาว) ส่งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่โรงพยาบาลตั้งอยู่
๕. เอกสาร ตช. ๐๕ (สีขาว) ส่งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่สถานที่กำจัดมูลฝอย

ติดเชื้อตั้งอยู่

๖. เอกสาร ตช.๐๑/๒ (สีขาว) สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ในการนี้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นพิจารณาแล้ว เพื่อให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้าใจการใช้เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อในการดูแลควบคุมกำกับให้ผู้ที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ ดังนั้น จึงให้แจ้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทราบและดูแลควบคุมกำกับให้ผู้ที่เกี่ยวข้องใช้เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อตามระบบตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ทั้งนี้ สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่ สำนักอนามัย สิ่งแวดล้อม กรมอนามัย โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๑๒๘ รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป สำหรับอำเภอให้แจ้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่ทราบและพิจารณาดำเนินการด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมาน แสงสอาด)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดกระบี่

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทร/โทรสาร ๐-๗๕๖๑-๑๘๘๘, ๐-๗๕๖๒-๒๔๓๗

๒๒
๒๖ เม.ย. ๒๕๕๖



ศาลากลางจังหวัดชลบุรี
เลขที่ ๒๖ เม.ย. ๒๕๕๖

ที่ มท ๐๘๙๑.๗/ว ๑๐๕๐

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๒๗ เมษายน ๒๕๕๖

สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดชลบุรี
เลขที่ ๑๓๓๕๑
วันที่ ๒๖ เม.ย. ๒๕๕๖

เรื่อง การใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ตัวอย่างเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ขอความร่วมมือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแลควบคุมกำกับให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเริ่มใช้เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตามระบบ ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๖ เป็นต้นไป โดยที่เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ๑ ชุด ประกอบด้วยแผ่นเอกสาร ๖ แผ่น รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

๑. เอกสาร ดช.๐๑/๑ (สีฟ้า) ต้นฉบับสำหรับโรงพยาบาล
๒. เอกสาร ดช.๐๒ (สีเหลือง) สำหรับผู้กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ
๓. เอกสาร ดช.๐๓ (สีชมพู) สำหรับผู้ส่งมูลฝอยติดเชื้อ
๔. เอกสาร ดช.๐๔ (สีขาว) ส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่โรงพยาบาลตั้งอยู่
๕. เอกสาร ดช.๐๕ (สีขาว) ส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อตั้งอยู่
๖. เอกสาร ดช.๐๑/๒ (สีขาว) สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นพิจารณาแล้ว เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้าใจ การใช้เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อในการดูแลควบคุมกำกับให้ผู้ที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ จึงขอให้จังหวัด แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบและดูแลควบคุมกำกับให้ผู้ที่เกี่ยวข้องใช้เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตามระบบตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ทั้งนี้สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๔๑๒๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายไชยชัย เดชอมรธัญ)
รองอธิบดี รักษาการแทน
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม
ส่วนส่งเสริมการจัดการด้านสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๒๒๔๑-๙๐๐๐ ต่อ ๔๑๓๒-๓

“ดำรงธรรมนำไทยใสสะอาด”

คช.01/2

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ คช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

คช.05

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ คช.05 ส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อตั้งอยู่

คช.04

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ คช.04 ส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่โรงพยาบาลตั้งอยู่

คช.03

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ คช.03 สำหรับผู้ส่งมูลฝอยติดเชื้อเก็บเป็นหลักฐาน (สีชมพู)

คช.02

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ คช.02 สำหรับผู้กำจัดมูลฝอยติดเชื้อเก็บเป็นหลักฐาน (สีเหลือง)

คช.01/1

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ คช.01/1 ต้นฉบับสำหรับโรงพยาบาล (สีฟ้า)

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ลักษณะพาหนะที่ใช้ 1. ปรับอุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้ 2. อื่นๆ ระบุ.....

เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์.....

ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ค.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น.....

สถานที่กำจัด : ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น..... ว.ค.ป..... ที่รับมอบ

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำนักส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
 ลักษณะพาหนะที่ใช้ 1. ปรับอุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้ 2. อื่นๆ ระบุ.....
 เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์.....
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้กักนำเนต : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และ
 ฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น.....

สถานที่กักจัด : ที่อยู่.....
 โทรศัพท์..... โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กักจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป..... ที่รับมอบ



คำชี้แจงเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ

กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาระบบเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ โดยกำหนดให้ผู้ก่อกำเนิด ผู้ขนส่ง และผู้กำจัดมูลฝอยติดเชื้อต้องจัดทำเอกสารหรือแบบกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อในระบบขนส่ง เพื่อควบคุมกำกับ ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อจากผู้ก่อกำเนิด (แหล่ง/ต้นกำเนิด) ซึ่งผู้ขนส่งต้องขนส่งมูลฝอยติดเชื้อพร้อมแบบกำกับการขนส่งที่ ระบุปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ตรงกันทุกฉบับในทุกชั้นตอนไปจนถึงปลายทางผู้กำจัด (แหล่ง/สถานที่กำจัด) อย่างเป็น ระบบ เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อมีรายละเอียด ดังนี้

1. เล่มเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ 1 เล่ม ประกอบด้วยชุดเอกสาร 50 ชุด และชุดเอกสาร 1 ชุด ประกอบด้วยแผ่นเอกสาร 6 แผ่น คือ ตช.01/1 (สีฟ้า) ตช.02 (สีเหลือง) ตช.03 (สีชมพู) ตช.04 ตช.05 และตช.01/2 ทุกแผ่นมีสำเนาในตัว (คาร์บอนเรส)

2. ผู้ก่อกำเนิด (แหล่ง/ต้นกำเนิด) มูลฝอยติดเชื้อหมายถึง “สถานบริการการสาธารณสุข” หมายความว่า

(1) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และหมายรวมถึงสถานพยาบาลของทางราชการ

(2) สถานพยาบาลสัตว์ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์ และหมายรวมถึงสถานพยาบาลสัตว์ของทางราชการ

3. ผู้ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อต้องเป็นผู้จัดหาเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ให้เพียงพอทั้งระบบ และในเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อใช้ “จณท.รพ.” (คำย่อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล) โดยหมายถึงเจ้าหน้าที่ สถานบริการการสาธารณสุข

(วิธีการออกเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ แสดงที่แผ่นสุดท้ายปกด้านในท้ายเล่ม)

ເອກສຳນຳກຳນົດ
ກຳນົດບັນຍາຍາວເບື້ອງ
(Infectious Waste Manifest System)



เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/1 ต้นฉบับสำหรับโรงพยาบาล (สีฟ้า)

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... โทรศัพท.....

ลักษณะพาหนะที่ใช้ 1. ปรับอากาศ 10°C หรือต่ำกว่าได้ 2. อื่นๆ ระบุ.....

เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท.....

ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท.....

คำรับรองของผู้กักำเนิต : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกักำเนิต มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้นำส่งไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น.....

สถานที่กักำจัด : ที่อยู่.....

โทรศัพท..... โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กักำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป..... ที่รับมอบ

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.02 สำหรับผู้กำจัดมูลฝอยติดเชื้อเก็บเป็นหลักฐาน (สี่เหลี่ยม)

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ลักษณะพาหนะที่ใช้ 1. ปรับอุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้ 2. อื่นๆ ระบุ.....

เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์.....

ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น.....

สถานที่กำจัด : ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป..... ที่รับมอบ

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ศษ.03 สำหรับผู้ส่งมูลฝอยติดเชื้อเก็บเป็นหลักฐาน (สีชมพู)

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน หรือผู้..... โทรศัพท.....

ลักษณะพาหนะที่ใช้ 1. ปรับอุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้ 2. อื่นๆ ระบุ.....

เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท.....

ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท.....

คำรับรองของผู้กำกับจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อภพ.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ด้วยบรรจุ)	ลายเซ็น

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น.....

สถานที่กำจัด : ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป..... ที่รับมอบ.....

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.04 ส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่โรงพยาบาลตั้งอยู่

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ลักษณะพาหนะที่ใช้ 1. ปรับอุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้ 2. อื่นๆ ระบุ.....

เลขทะเบียน.....ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์.....

ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....

สถานที่กำจัด :.....ที่อยู่.....
โทรศัพท์..... โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม
ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น..... ว.ด.ป..... ที่รับมอบ

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.05 ส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อตั้งอยู่

ชื่อเอกซม/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ลักษณะพาหนะที่ใช้ 1. ปรับอุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้ 2. อื่นๆ ระบุ.....

เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์.....

ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น.....

สถานที่กำจัด : ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป..... ที่รับมอบ

วิธีการออกแบบที่เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ

1. ผู้ก่อกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อกรอกแบบที่เอกสารทุกฉบับในส่วนของผู้ก่อกำเนิด โดยกรอกแบบที่กในแผ่นที่ 1 จะติดทั้งชุด (6 แผ่น) เมื่อได้ซึ่ง ดวง วัสดุ ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในแต่ละครั้งของการขนมูลฝอยติดเชื้อแล้วเสร็จ จึงลงลายเซ็นในส่วนของผู้ก่อกำเนิด เพื่อให้คำรับรองปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของผู้ก่อกำเนิด
2. ผู้ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อกรอกแบบที่เอกสารทุกฉบับในส่วนผู้ขนส่ง โดยกรอกแบบที่กในแผ่นที่ 1 จะติดทั้งชุด (6 แผ่น) เมื่อได้ซึ่ง ดวง วัสดุ ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในแต่ละครั้งของการขนมูลฝอยติดเชื้อแล้วเสร็จ จึงลงลายเซ็นในส่วนของผู้ขนส่ง เพื่อให้คำรับรองปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของผู้ขนส่งและฉีกตช.01/1 ที่เป็นต้นฉบับสำหรับโรงพยาบาล (สีฟ้า) เก็บไว้ที่ผู้ก่อกำเนิด
3. ให้ผู้ขนส่งนำเอกสารที่กรอกแบบที่กข้อมูลแล้ว ที่เป็นสำเนาอีก 5 แผ่น (ตช.02 ตช.03 ตช.04 ตช.05 และตช.01/2) นำติดตัวไปด้วยทุกครั้ง
4. เมื่อถึงสถานที่กำจัดให้ผู้กำจัดตรวจสอบความถูกต้องของปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ และลงลายเซ็นของกรอกแบบที่กบรรทัดท้ายสุดของเอกสารฯ เพื่อให้คำรับรองปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของผู้กำจัด ในส่วนคำรับรองของผู้กำจัดทุกครั้งที่รับมอบมูลฝอยติดเชื้อมากำจัด และฉีกตช.02 (สีเหลือง) เก็บไว้ที่ผู้กำจัด
5. ผู้ขนส่งฉีกตช.03 (สีชมพู) เก็บไว้ที่ผู้ขนส่ง ฉีกตช.04 ส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ ฉีกตช.05 ส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สถานที่กำจัดตั้งอยู่ และฉีกตช.01/2 ส่งกลับไปโรงพยาบาลเป็นสำเนาตรวจสอบกับต้นฉบับ



BRITONS

