

แบบประเมินความพร้อมของพนักงานขับรถยนต์ก่อนออกปฏิบัติงาน

หน่วยงาน: วันที่:/...../..... . เวลา: น.

ชื่อ-สกุล พนักงานขับรถ: ทะเบียนรถ:

ภารกิจ:

ส่วนที่ 1 การประเมินความพร้อมของพนักงานขับรถ

รายการประเมิน พร้อม ไม่พร้อม

- | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1. พักผ่อนเพียงพอ (อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง) | ☐ พร้อม | ☐ ไม่พร้อม |
| 2. ไม่มีอาการเจ็บป่วย เช่น ไข้ เวียนศีรษะ น้ำมูก | ☐ พร้อม | ☐ ไม่พร้อม |
| 3. ไม่อยู่ในภาวะมึนเมา หรือใช้สารเสพติด | ☐ พร้อม | ☐ ไม่พร้อม |
| 4. ไม่รับประทานยาที่มีผลทำให้ง่วงซึมหรือมีผลต่อการขับ | ☐ พร้อม | ☐ ไม่พร้อม |
| 5. มีสภาพร่างกายและจิตใจพร้อมปฏิบัติงาน | ☐ พร้อม | ☐ ไม่พร้อม |
| 6. มีใบอนุญาตขับขี่ที่ยังไม่หมดอายุ | ☐ พร้อม | ☐ ไม่พร้อม |
| 7. มีความพร้อมในการปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมาย | ☐ พร้อม | ☐ ไม่พร้อม |

ส่วนที่ 2 การประเมินความพร้อมของรถยนต์

รายการตรวจสอบ พร้อม ไม่พร้อม

- | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1. ระดับน้ำมันเชื้อเพลิงเพียงพอ | ☐ พร้อม | ☐ ไม่พร้อม |
| 2. ระบบเบรกปกติ | ☐ พร้อม | ☐ ไม่พร้อม |
| 3. ยางรถอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน | ☐ พร้อม | ☐ ไม่พร้อม |
| 4. ไฟหน้า ไฟท้าย ไฟเลี้ยว ใช้งานได้ | ☐ พร้อม | ☐ ไม่พร้อม |
| 5. แตรและที่ปัดน้ำฝนใช้งานได้ | ☐ พร้อม | ☐ ไม่พร้อม |
| 6. มีประกันภัยและ พ.ร.บ. ถูกต้อง | ☐ พร้อม | ☐ ไม่พร้อม |
| 7. อุปกรณ์ฉุกเฉินครบถ้วน (ยางอะไหล่ แม่แรง เครื่องมือ ฯลฯ) | ☐ พร้อม | ☐ ไม่พร้อม |

ผลการประเมิน

☐ พร้อมออกปฏิบัติงาน

☐ ไม่พร้อมออกปฏิบัติงาน หมายเหตุ:

ลงชื่อผู้ประเมิน
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

ลงชื่อพนักงานขับรถ

(.....)

วันที่/...../.....