FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ

…….. AYI GÜNLÜK TEMİZLİK TAKİP ÇİZELGESİ

NO:……

TARİH	SAAT	PERSONEL ADI SOYADI	Derslik Temizliği	Odalar ve Diğer Zemin Temizliği	FTR LAB1 ve FTR LAB2 Temizliği	Tuvalet, Lavabo Temizliği	Çöp Kovası	PERSONEL İMZA	AÇIKLAMA - (Varsa Uygunsuzluk Bildirimi Yapılmalıdır.)
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									
…/…/20…									

Not: Dolan formlar kontrol eden tarafından dosyalanarak saklanacaktır.
Uygunsuzluk durumu rapor edilmelidir. Çöp Kovaları, Zemin ve Lavabo temizliği sürekli kontrol edilecektir.

İlgili sorumlu onayı: