|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ชื่อธุรกิจ: | |  | | | | | |
| ชื่อคนงาน: | |  | | | | | |
| วันเริ่มการจ้างงาน: | |  | | | | | |
| ตำแหน่ง/งาน: | |  | | | | | |
| ผู้จัดการ/หัวหน้างาน: | |  | | | | | |
| ฝ่าย/แผนก: | |  | | | | | |
| **อธิบายธุรกิจของคุณ:** | | | | | | | |
| โครงสร้างธุรกิจ | | |  | ประเภทของงาน | | |  |
| **ระบุรายชื่อและแนะนำบุคคลากรหลักและหน้าที่ของพวกเขา:** | | | | | | | |
| ผู้จัดการ/เจ้าของ | | |  | หัวหน้างาน | | |  |
| เพื่อนร่วมงาน | | |  | ผู้แทนด้านสุขภาพและความปลอดภัย | | |  |
| เจ้าหน้าที่ด้านอัคคีภัย/เหตุฉุกเฉิน | | |  |  | | | |
| **อธิบายเงื่อนไขการจ้างงาน:** | | | | | | | |
| ชื่อหรืออัตราค่าจ้างที่กำหนดหรือข้อตกลง  (หากเกี่ยวข้อง) และเงื่อนไขต่าง ๆ | | |  | การสอบถามและระเบียบปฏิบัติในกรณีฉุกเฉิน นอกเวลาทำการ | | |  |
| รายละเอียดงานและความรับผิดชอบ | | |  | การแจ้งลาป่วยและการขาดงาน | | |  |
| สิทธิ์ที่พึงได้ด้านการลา | | |  | ระเบียบปฏิบัติด้านการบันทึกเวลา | | |  |
| เวลาทำงานและช่วงพักรับประทานอาหาร | | |  | สมาชิกภาพสหภาพแรงงานและเงื่อนไข อัตราค่าจ้างที่กำหนด | | |  |
| การจัดการค่าจ้าง | | |  | การจัดเก็บภาษีและการหักลบอื่น ๆ | | |  |
| อัตราค่าจ้างและเบี้ยเลี้ยงต่าง ๆ | | |  | (รวมทั้งการกรอกแบบฟอร์มที่จำเป็น) | | |  |
| กองทุนเงินเกษียณ | | |  |  | | | |
| **อธิบายการบริหารงานด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน:** | | | | | | | |
| กระบวนการปรึกษาหารือและการสื่อสาร รวมถึงผู้แทนด้านสุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้าง (HSR) | | |  | ระเบียบปฏิบัติด้านการรายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุและอันตราย รวมถึงสถานที่เก็บแบบฟอร์มรายงาน | | |  |
| นโยบายและระเบียบปฏิบัติ | | |  | การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของคนงาน | | |  |
| บทบาทและหน้าที่ | | |  | โปรแกรมการช่วยเหลือลูกจ้าง (EAP) | | |  |
| อันตรายจากงาน | | |  |  | | | |
| **อธิบายเรื่องความปลอดภัย:** | | | | | | | |
| เงินสด | | |  | สำหรับคนงานและสิ่งของส่วนตัว | | |  |
| **แสดงสภาพแวดล้อมด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน:**  แสดงรายการระเบียบปฏิบัติด้านการทำงานที่ปลอดภัย (SWPs) | | | | | | | |
| 1 |  | | | | | | |
| 2 |  | | | | | | |
| 3 |  | | | | | | |
| 4 |  | | | | | | |
| 5 |  | | | | | | |
| แผน ระเบียบปฏิบัติ ทางออกฉุกเฉินและตำแหน่งที่เก็บเครื่องดับเพลิง | | |  | สิ่งอำนวยความสะดวกด้านการปฐมพยาบาล เช่นชุดปฐมพยาบาลและที่ตั้งของห้องปฐมพยาบาล | | |  |
| ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายและการควบคุม | | |  |  | | | |
| **พาชมสภาพแวดล้อมในการทำงาน:** | | | | | | | |
| สถานีงาน เครื่องมือ เครื่องจักรและอุปกรณ์ที่ใช้ในงาน | | |  | โทรศัพท์และระบบการจัดเก็บข้อความ | | |  |
| ที่จอดรถ | | |  | ระเบียบปฏิบัติสำหรับอาคารทำงาน | | |  |
| ล็อกเกอร์และห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า | | |  | สถานที่รับประทานอาหาร | | |  |
| สถานที่ซักล้างและห้องน้ำ | | |  |  | | | |
| **อธิบายเรื่องการอบรม:** | | | | | | | |
| การอบรมด้านการปฐมพยาบาล ความปลอดภัย ด้านอัคคีภัยและระเบียบปฏิบัติในกรณีฉุกเฉิน | | |  | การอบรมเฉพาะด้านเกี่ยวกับอันตราย (เช่น  การเคลื่อนย้ายวัสดุด้วยแรงกาย สารอันตราย) | | |  |
| การอบรมเฉพาะด้านเกี่ยวกับงาน (เช่น  เพื่อใบอนุญาตที่จำเป็น) | | |  | การอบรมขณะทำงานโดยใช้ระเบียบปฏิบัติด้าน การทำงานที่ปลอดภัย | | |  |
| **ดำเนินการทบทวนติดตามผล:** | | | | | | | |
| อบรมซ้ำในเรื่องที่จำเป็นหรือให้การอบรมเพิ่มเติมหากจำเป็น | | |  | ทบทวนวิธีการทำงานและระเบียบปฏิบัติกับคนงาน | | |  |
| ถามและตอบคำถาม | | |  |  | | | |
| **ความคิดเห็น/การดำเนินเรื่องติดตามผล** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **การตอบรับการปฐมนิเทศ** | | | | | | | |
| จัดทำโดย (ชื่อ): | |  | | | วันที่: |  | |
| ตำแหน่ง/งาน: | |  | | | ลายเซ็น: |  | |
| ลายเซ็นคนงาน: | |  | | | วันทบทวน: |  | |
| ทบทวนโดย (ชื่อ): | |  | | | วันที่: |  | |
| ตำแหน่ง/งาน: | |  | | | ลายเซ็น: |  | |
| ลายเซ็นคนงาน: | |  | | | | | |