

ชื่อจุดตรวจและสถานที่ตั้ง.....อำเภอ.....

วันที่ออกตรวจ	☐ 27ธ.ค.67	☐ 28ธ.ค.67	☐ 29ธ.ค.67	☐ 30ธ.ค.67	☐ 31ธ.ค.67	☐ 1ม.ค.68	☐ 2ม.ค.68	เวลา.....น.
---------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------

ลักษณะของจุดตรวจ ☐ เป็นอาคาร/สิ่งปลูกสร้าง ☐ เป็นเต็นท์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

- ผู้ประเมิน ชื่อ นามสกุล
- ตำแหน่ง
- สังกัด

4. รองผู้ว่าราชการจังหวัดที่กำกับดูแล

- ☐ คณะที่ 1 รองผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี (ด้านเศรษฐกิจ)
- ☐ คณะที่ 2 รองผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี (ด้านความมั่นคง)
- ☐ คณะที่ 3 รองผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี (ด้านกิจการพิเศษ)
- ☐ คณะที่ 4 รองผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี (ด้านสังคม)

5. จำนวนเจ้าหน้าที่ประจำจุดตรวจหลัก ประกอบด้วย

หน่วยงาน/เจ้าหน้าที่	จำนวน (คน)
1. ปกครองอำเภอ	
2. ตำรวจ	
3. ทหาร	
4. ทางหลวง	
5. ทางหลวงชนบท	
6. ขนส่ง	
7. สาธารณสุขอำเภอ	
8. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	

หน่วยงาน	จำนวน (คน)
9. อปท.	
10. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	
11. อาสารักษาดินแดน (อส.)	
12. อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.)	
13. ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.)	
14. จิตอาสาภัยพิบัติ	
15. ประชาชนจิตอาสา	
16. อื่นๆ	

6. วัสดุ อุปกรณ์ประจำจุดตรวจหลัก ประกอบด้วย

รายการ	จำนวน
1.เครื่องตรวจวัด Alcohol แบบยืนยันผล	
2.เครื่องตรวจวัด Alcohol (Screening test)	
3.กรวยยาง	
4.กระบอกไฟกระพริบ	
5.ไฟฉาย	
6.แผ่นกั้นเหล็กจราจร	
7.ป้ายไฟหยุดตรวจพร้อมสัญญาณไซเรน	
8.ป้ายเตือนก่อนถึงจุดตรวจ 150 เมตร	
9.เสื้อกั๊กสะท้อนแสง	
10.โทรโข่ง	
11.วิทยุสื่อสาร	
12.ชุดปฐมพยาบาล/อุปกรณ์ปฐมพยาบาล	

รายการ	จำนวน
13.รถตำรวจ	
14.รถตรวจการณ์	
15.คำสั่งเฝ้าประจำวัน	
16.สมุดลงชื่อเฝ้าประจำวัน	
17.สมุดบันทึกการเรียกตรวจ	
18.สมุดตรวจเยี่ยม	
19.กระดานบอร์ดสำหรับติดข้อมูลสำคัญ เช่น หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขสายด่วน ทางเลี่ยงทางลัด แผนที่จุดเสี่ยง แหล่งท่องเที่ยว สถิติอุบัติเหตุประจำวัน เป็นต้น	
20. อื่นๆ	

แบบประเมินที่ 1 แบบประเมินจุดตรวจหลัก

ชื่อจุดตรวจและสถานที่ตั้ง.....อำเภอ.....

วันที่ออกตรวจ	☐ 27ธ.ค.67	☐ 28ธ.ค.67	☐ 29ธ.ค.67	☐ 30ธ.ค.67	☐ 31ธ.ค.67	☐ 1ม.ค.68	☐ 2ม.ค.68	เวลา.....น.
---------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------

7. การติดตามและตรวจสอบศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาล

ที่	รายการประเมิน	การตรวจสอบ (✓)		หมายเหตุ
7.1 การจัดสถานที่/สิ่งอำนวยความสะดวก				
(1)	อาคารหรือเต็นท์จุดตรวจ มีขนาดเหมาะสม กรณีไม่เหมาะสม อย่างไร	☐ 1) เหมาะสม	☐ 2) ไม่เหมาะสม	
(2)	จุดตรวจตั้งห่างจากไหล่ทาง หรือทางโค้ง ทางกลับรถ	☐ 1) มากกว่า 2 ม.	☐ 2) น้อยกว่า 2 ม.	
(3)	บริเวณจุดตรวจ มีที่จอดรถเพียงพอ	☐ 1) เพียงพอ	☐ 2) ไม่เพียงพอ	
(4)	บริเวณสถานที่ตั้งจุดตรวจ มีความเหมาะสม	☐ 1) เหมาะสม	☐ 2) ไม่เหมาะสม	
(5)	การจัดการจราจรขณะเรียกตรวจ มีความปลอดภัย	☐ 1) มี	☐ 2) ไม่มี	
(6)	มีห้องน้ำ-ห้องสุขา สำหรับเจ้าหน้าที่และผู้มาขอรับบริการ	☐ 1) มี	☐ 2) ไม่มี	
(7)	โต๊ะและเก้าอี้ มีจำนวนเพียงพอต่อเจ้าหน้าที่	☐ 1) เพียงพอ	☐ 2) ไม่เพียงพอ	
(8)	มีการจัดอาหาร/เครื่องดื่ม ให้ จนท.ประจำจุด มี.....	☐ 1) มี	☐ 2) ไม่มี	โปรดระบุ
(9)	แสงสว่างภายในจุดตรวจ มีเพียงพอ	☐ 1) เพียงพอ	☐ 2) ไม่เพียงพอ	
(10)	ในเวลากลางคืนสามารถมองเห็นจุดตรวจและป้ายต่างๆ ได้ชัดเจน	☐ 1) ชัดเจน	☐ 2) ไม่ชัดเจน	
(11)	ผู้ปฏิบัติงานได้ติดบัตรประจำตัว/ป้ายชื่อแสดงตนในการปฏิบัติหน้าที่	☐ 1) มี	☐ 2) ไม่มี	
7.2 ข้อมูลสาธารณะที่มีในจุดตรวจ หรือติดไว้ที่บอร์ด				
(1)	มีแผนผังแสดงสถิติอุบัติเหตุในพื้นที่รับผิดชอบ	☐ 1) มี	☐ 2) ไม่มี	
(2)	มีแผนที่จุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร	☐ 1) มี	☐ 2) ไม่มี	
(3)	มีแผนที่ที่ตั้งจุดตรวจสถานที่ท่องเที่ยว (ถ้ามี) และสถานที่สำคัญ	☐ 1) มี	☐ 2) ไม่มี	
(4)	มีเอกสารแนะนำเส้นทางต่างๆเช่น ทางเลี่ยง เป็นต้น	☐ 1) มี	☐ 2) ไม่มี	
(5)	มีหมายเลขโทรศัพท์ที่สำคัญ	☐ 1) มี	☐ 2) ไม่มี	
(6)	อื่นๆ โปรดระบุ	☐ 1) มี	☐ 2) ไม่มี	โปรดระบุ
(7)	ผู้ปฏิบัติงานได้ติดบัตรประจำตัว/ป้ายชื่อแสดงตนในการปฏิบัติหน้าที่	☐ 1) มี	☐ 2) ไม่มี	
(8)	ผู้ปฏิบัติงานมีความเต็มใจให้บริการ และมีความพร้อมในการให้บริการ	☐ 1) มี	☐ 2) ไม่มี	

8. ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

ลงชื่อหัวหน้าด่าน/ผู้รับการตรวจ
(.....)

ลงชื่อผู้ตรวจประเมิน
(.....)

ตำแหน่ง

ตำแหน่ง

วันที่.....

วันที่.....

*กรุณาส่งแบบประเมินให้ฝ่ายเลขานุการ ศปถ.จ.อุดรธานี / สนง.ปภ.จ.อุดรธานี

ในการประชุมสรุปผลการดำเนินการฯ และแถลงข่าวประจำวัน ระหว่างวันที่ 28ธ.ค.67 – 3 ม.ค.68 ณ ห้องประชุมพระยาศรีสุริยราชวรานุวัตร (โพธิ์ เนติโพธิ์) ชั้น 3 อาคาร 1 ศาลากลางจังหวัดอุดรธานี หรือ สแกน QR code เพื่อส่งในกลุ่มไลน์ “ศปถ.จ.อุดร”

