	สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง			
	ขั้นตอนการดำเนินงาน (QUALITY PROCEDURE)			
	ชื่อเรื่อง : การตรวจติดตามระบบคุณภาพภายใน			
เอกสารหมายเลข : QP-MR-04		แก้ไขครั้งที่ : 1	วันที่บังคับใช้ : 1 ก.ค. 64	หน้า 1 จาก 3

<u>บันทึกการแก้ไขเอกสาร</u>

ลำดับที่	หน้าที่แก้ไข	ครั้งที่แก้ไข	วันที่แก้ไข	รายการแก้ไข	ใบขอแก้ไขเอกสารเลขที่
1	1-3	1	1 มิ.ย.64	วัตถุประสงค์ ขอบเขต นิยาม ขั้นตอนการดำเนินงาน เอกสารอ้างอิง และบันทึกคุณภาพ	008/2564

จัดทำโดย	ตรวจสอบและอนุมัติโดย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปรีชา โพธิ์แพง	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปรีชา โพธิ์แพง
ผู้แทนระบบคุณภาพ	ผู้แทนระบบคุณภาพ

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้บุคลากรถือเป็นแนวปฏิบัติในการดำเนินการตรวจติดตามระบบบริหารคุณภาพภายใน

1.2 เพื่อเป็นเครื่องมือให้เกิดประสิทธิผลในการรักษาระบบบริหารคุณภาพของสำนัก

2. ขอบเขต

ครอบคลุมกิจกรรมการดำเนินการตรวจติดตามทุกกิจกรรมในระบบบริหารคุณภาพของสำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ

3. นิยาม

ทีมตรวจติดตามภายใน หมายถึง หัวหน้าผู้ตรวจติดตามภายใน (Lead Auditor) และผู้ตรวจติดตามคุณภาพภายใน (Auditor)

เจ้าหน้าที่ดำเนินการเอกสาร หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากผู้แทนระบบคุณภาพให้เป็นผู้ดำเนินการด้านเอกสารคุณภาพ

4. ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.1 เจ้าหน้าที่ดำเนินการเอกสาร กำหนดตารางการตรวจติดตามระบบคุณภาพภายในตามปฏิทินปฏิบัติงานประจำปี เพื่อให้มั่นใจว่ามีการดำเนินการครบถ้วนตามข้อกำหนดและทุกงานในระบบคุณภาพ

4.2 เจ้าหน้าที่ดำเนินการเอกสาร นำเสนอตารางการตรวจติดตามระบบคุณภาพภายใน เพื่อให้ QMR พิจารณาเห็นชอบ

1) **กรณีไม่เห็นชอบ** ส่งกลับให้ทบทวนปรับปรุงแก้ไข

2) **กรณีเห็นชอบ** ดำเนินการตามข้อ 4.3

4.3 ทีมผู้ตรวจติดตาม ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1) มีความรู้ ความเข้าใจในข้อกำหนด ISO 9001:2015

2) ผ่านการฝึกอบรมทักษะการตรวจระบบคุณภาพภายใน โดยผู้ตรวจประเมินภายนอก หรือโดยประสบการณ์การร่วมสังเกตติดตามผู้ตรวจประเมินที่มีประสบการณ์แล้ว หรือผ่านการอบรมทักษะการตรวจจากหน่วยประกันคุณภาพภายในของมหาวิทยาลัย หรือเข้าร่วมกิจกรรม จดรายการคำถามและเขียนรายงาน

3) มีความเป็นอิสระ ไม่ตรวจหน่วยงานที่ตนเองรับผิดชอบ

4.4 เจ้าหน้าที่ดำเนินการเอกสาร แจ้งตารางการตรวจติดตามระบบคุณภาพภายในให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ ล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วัน

4.5 ทีมผู้ตรวจติดตาม ประชุมเพื่อจัดทำ Audit Checklist (QF-MR-09)

ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงวันที่ หรือเวลาการตรวจติดตาม ให้หัวหน้าทีมผู้ตรวจติดตามแจ้ง QMR และผู้ที่เกี่ยวข้องให้ทราบล่วงหน้าก่อนถึงวันตรวจติดตาม

4.6 ทีมผู้ตรวจติดตาม ดำเนินการตรวจติดตามตามกำหนดการตรวจติดตาม พร้อมทั้งประเมินความสอดคล้องบันทึกสิ่งที่ตรวจพบลงใน Audit Checklist (QF-MR-09) สำหรับสถานะที่ตรวจพบแบ่งได้เป็น

1) NC หมายถึง ความไม่สอดคล้อง
2) C หมายถึง ความสอดคล้อง
3) OB หมายถึง ข้อสังเกต

กรณีที่พบความไม่สอดคล้อง ผู้ตรวจติดตาม หรือผู้ถูกตรวจติดตามให้ทำการออกใบร้องขอให้ทำการแก้ไข (CORRECTIVE ACTION REQUEST ; CAR) (QF-MR-10) เพื่อให้เป็นไปตามการปฏิบัติการแก้ไขป้องกันและการควบคุมการบริการที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด (QP-MR-05)

4.7 เจ้าหน้าที่ดำเนินการเอกสาร นำผลการตรวจติดตามลงใน Audit Checklist เข้าประชุมบุคลากรสำนักตามปฏิทินปฏิบัติงานประจำปี

5. เอกสารอ้างอิง

ปฏิทินปฏิบัติงานประจำปี

QF-MR-09 Audit Checklist

6. บันทึกคุณภาพ

ชื่อเอกสาร	หมายเลขเอกสาร	ระยะเวลา	สถานที่เก็บ
Audit Checklist	QF-MR-09	2 ปี	งานบริหารทั่วไป