

ใบคำขอให้แก้ไข / ป้องกัน (CAR)		วันที่	
		CAR No.	
		อ้างอิง CAR เดิม เลขที่	
ส่วนที่ 1 : ผู้ออกใบ CAR กรอกรายละเอียด		หน่วยงานออก CAR :	
หน่วยงานรับ CAR :			
อ้างถึง <input type="checkbox"/> 1. ใบรายงานผลิตภัณฑ์ที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด (ใบ NCI, NCR, NCP, NCC)		เลขที่ :	วันที่ :
<input type="checkbox"/> 2. คำร้องเรียนของลูกค้า		เลขที่ :	วันที่ :
<input type="checkbox"/> 3. การตรวจติดตามคุณภาพภายใน		ประจำปี :	ครั้งที่ :
<input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ		เลขที่ :	วันที่ :
รายละเอียดของปัญหา	ระดับความไม่เป็นไปตามข้อกำหนด <input type="checkbox"/> Major <input type="checkbox"/> Minor	ผิดข้อกำหนด :	
ชื่อผู้ร้องขอ :		หน่วยงาน/ แผนก :	ลงวันที่ :
ส่วนที่ 2 : ผู้ได้รับใบ CAR กรอกรายละเอียดในการตอบวิเคราะห์ CAR โปรดระบุด้วยว่าแต่ละสาเหตุ			
การแก้ไขเฉพาะหน้า : (ระบุเป็นข้อ ๆ) วันที่แล้วเสร็จ		ปัญหาส่งผลกระทบต่อหน่วยงานข้างเคียงดังนี้: (โปรดระบุหน่วยงานและปัญหาที่เกิดขึ้น)	
สาเหตุของปัญหา : (โปรดระบุมาตรการป้องกันของทุกๆ สาเหตุ)		มาตรการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ	ระบุวันที่แล้วเสร็จ
**เกิดจากคน (Man)		**เกิดจากคน (Man)	
1.)		1.)	
2.)		2.)	
3.)		3.)	
** เกิดจากวิธีการ (Method)		** เกิดจากวิธีการ (Method)	
1.)		1.)	
2.)		2.)	
3.)		3.)	
**เกิดจากวัตถุดิบ (Material)		**เกิดจากวัตถุดิบ (Material)	
1.)		1.)	
2.)		2.)	
3.)		3.)	
**เกิดจากเครื่องจักร (Machine) / อื่นๆ (Other)		**เกิดจากเครื่องจักร (Machine) / อื่นๆ (Other)	
1.)		1.)	
2.)		2.)	
3.)		3.)	
ผู้วิเคราะห์ใบ CAR :		ลงวันที่ :	
ส่วนที่ 3 : ผู้ออกใบ CAR กรอกรายละเอียดในการทวนสอบและติดตามผลมาตรการแก้ไข/ป้องกัน			
ติดตามผลการแก้ไข ครั้งที่ 1 <input type="checkbox"/> ขอมรับผลการแก้ไข/ ป้องกัน <input type="checkbox"/> ไม่ขอมรับผลการแก้ไข/ ป้องกัน		ติดตามผลการแก้ไข ครั้งที่ 2 <input type="checkbox"/> ขอมรับผลการแก้ไข/ ป้องกัน <input type="checkbox"/> ไม่ขอมรับผลการแก้ไข/ ป้องกัน	
เนื่องจาก		เนื่องจาก	
ลงชื่อ :	วันที่ :	ลงชื่อ :	วันที่ :
ส่วนที่ 4 : QMR (พิจารณามาตรการแก้ไข / ป้องกัน)		ส่วนที่ 5 : QMR พิจารณาประสิทธิภาพที่ได้จากการแก้ไขสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด	
<input type="checkbox"/> มีประสิทธิภาพ ควรปิดสรุป			
<input type="checkbox"/> ยังไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก			
ออก CAR. ใหม่ เลขที่			
ลงชื่อ :	วันที่ :	ลงชื่อ :	วันที่ :