INDOFARMA

FORMULIR

Formulir Pemeriksaan Kelengkapan Dokumen

No. : FCT 002	Revisi : 00	Berlaku : 15 09 18	Paraf :

Nama Ruangan : .....

No. Ruangan : .....

Bulan Pemeriksaan : .....

No	Nama Dokumen	No	Revisi	Jumlah	Pemeriksaan																																
					Sn	Sl	Rb	Km	Jm	Sb	Mg	Sn	Sl	Rb	Km	Jm	Sb	Mg	Sn	Sl	Rb	Km	Jm	Sb	Mg	Sn	Sl	Rb	Km	Jm	Sb	Mg	Sn	Sl	Rb		
Pemeriksa																																					
Paraf Supervisor																																					

Catatan :

Bekasi, ...

Asisten Manager Pengolahan

.....