**รายละเอียดการเข้าตรวจประเมินจากคณะอนุกรรมการตรวจประเมินมาตรฐานศูนย์ราชการสะดวก**

**ของสำนักงานสรรพสามิตพื้นที่/พื้นที่สาขา ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานสรรพสามิตภาคที่ ............**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รายชื่อสำนักงานสรรพสามิตพื้นที่/พื้นที่สาขา** **ที่ได้รับการตรวจประเมิน** | **คณะอนุกรรมการตรวจประเมินมาตรฐาน ศูนย์ราชการสะดวก ชุดที่**  | **วัน เดือน ปี ที่ตรวจ**  | **เวลาที่ตรวจ** | **รูปแบบการตรวจประเมิน****(Site Visit และ/หรือ ผ่านโปรแกรม ZOOM)** | **หมายเหตุ** |
| ๑. |  |  |  |  |  |  |
| ๒. |  |  |  |  |  |  |
| ๓. |  |  |  |  |  |  |
| ๔. |  |  |  |  |  |  |
| ๕. |  |  |  |  |  |  |
| ๖. |  |  |  |  |  |  |
| ๗. |  |  |  |  |  |  |
| ­๘. |  |  |  |  |  |  |
| ๙. |  |  |  |  |  |  |