

**DANH MỤC THIẾT BỊ KIỂM SOÁT**  
(Đơn vị.....)

STT	Tên thiết bị	Mã TS hoặc Mã số	Tần suất			Đơn vị thực hiện	Thời hạn HC/BD gần nhất	Thời hạn HC/BD kế tiếp	Ghi chú
			Bảo dưỡng	Kiểm tra	Hiệu chuẩn				

Ngày..... tháng..... năm 201  
Lãnh đạo khoa