

	ระเบียบวิธีปฏิบัติงาน (Quality Procedure)	หมายเลขเอกสาร	BAACKM-QP-09
		แก้ไขครั้งที่	01
	เรื่อง การตรวจติดตามภายใน	วันที่มีผลบังคับใช้	15/12/2568
		หน้าที่	1 จาก 8

ระเบียบวิธีปฏิบัติงาน

เรื่อง การตรวจติดตามภายใน

(BAACKM-QP-09)

จัดทำโดย	ทบทวนโดย	อนุมัติโดย
กลุ่มงานพัฒนาระบบการเรียนรู้ และจัดการความรู้	ผู้บริหารทีม กลุ่มงานพัฒนาระบบการเรียนรู้ และจัดการความรู้	ผู้ช่วยผู้อำนวยการที่ดูแลและรับผิดชอบ กลุ่มงานพัฒนาระบบการเรียนรู้ และจัดการความรู้
Date : 15/12/2568	Date : 15/12/2568	Date : 15/12/2568

	ระเบียบวิธีปฏิบัติงาน (Quality Procedure)	หมายเลขเอกสาร	BAACKM-QP-09
		แก้ไขครั้งที่	01
	เรื่อง การตรวจติดตามภายใน	วันที่มีผลบังคับใช้	15/12/2568
		หน้าที่	3 จาก 8

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้มั่นใจว่าระบบการจัดการความรู้ กระบวนการดำเนินงาน สอดคล้องกับข้อกำหนด ISO 30401:2018 และดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยวิธีการตรวจพิจารณาจากกระบวนการ เอกสาร และหลักฐานด้านการจัดการความรู้ ว่าปฏิบัติตามมาตรฐาน นโยบาย และขั้นตอนที่กำหนดไว้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับข้อกำหนดของมาตรฐาน ISO 30401:2018 รวมทั้งสรุปผลการตรวจ ข้อค้นพบ เพื่อรายงานต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง

2. ขอบเขตการบังคับใช้

กลุ่มงานพัฒนาระบบการเรียนรู้และจัดการความรู้ สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เลขที่ 2346 ถนนพหลโยธิน แขวงเสนานิคม เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900 เบอร์โทร 0-2558-6555

3. คำจำกัดความ

ลำดับ	คำศัพท์	ความหมาย
3.1	คณะทำงานบริหารการจัดการความรู้	ส่วนงานหรือกลุ่มบุคคล ที่มีบทบาทสำคัญในการวางแผนและดำเนินการเกี่ยวกับการจัดการความรู้ภายในองค์กร เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การรับรองมาตรฐาน
3.2	กลุ่มงานพัฒนาระบบการเรียนรู้และจัดการความรู้	เป็นกลุ่มงานที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการบริหารจัดการระบบการจัดการความรู้ (Knowledge Management System - KMS) ตามมาตรฐาน ISO 30401:2018
3.4	ISO 30401:2018	มาตรฐานสากลที่เป็นข้อกำหนดระบบการจัดการความรู้ (Knowledge Management System : KMS) ที่ช่วยให้องค์กรพัฒนาและนําระบบการจัดการความรู้มาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนการตัดสินใจ ปรับปรุงกระบวนการทำงาน และพัฒนาองค์ความรู้ใหม่
3.5	การตรวจติดตามภายใน (Internal Audit)	กระบวนการตรวจติดตามและประเมินการทำงานภายในธนาคาร ดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มงานที่ได้รับมอบหมาย เพื่อประเมินว่ากระบวนการจัดการความรู้เป็นไปตามข้อกำหนดตามมาตรฐาน ISO 30401 :2018
3.6	แผนการตรวจติดตามภายใน ประจำปี (Yearly Internal Audit Plan)	แผนการตรวจติดตามที่ถูกจัดทำขึ้น เพื่อเป็นแนวทาง และตารางเวลา สำหรับการตรวจติดตามและประเมินระบบการจัดการความรู้ โดยคณะทำงานตรวจติดตามภายใน ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการตรวจติดตามภายในประจำปี เพื่อให้มั่นใจว่าระบบการจัดการความรู้ที่ดำเนินการอยู่มีประสิทธิภาพ
3.7	รายการตรวจติดตามภายใน (Internal Audit Check list)	รายการคำถามหรือประเด็นในการตรวจติดตามและประเมินกระบวนการจัดการความรู้ เพื่อช่วยให้การตรวจติดตามภายในเป็นไปอย่างมีระบบ ครบถ้วน และมีประสิทธิภาพ

	ระเบียบวิธีปฏิบัติงาน (Quality Procedure)	หมายเลขเอกสาร	BAACKM-QP-09
		แก้ไขครั้งที่	01
	เรื่อง การตรวจติดตามภายใน	วันที่มีผลบังคับใช้	15/12/2568
		หน้าที่	4 จาก 8

4. ผู้รับผิดชอบ

4.1 คณะกรรมการจัดการความรู้ มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดทิศทาง นโยบาย และแนวทางการขับเคลื่อนการจัดการความรู้ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ แผนวิสาหกิจของธนาคาร และระบบการประเมินผลการดำเนินงานรัฐวิสาหกิจที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ทั่วทั้งองค์กร เป็นต้นแบบที่ดี (Role Model) ด้านการจัดการความรู้ พิจารณากำหนดหรือปรับปรุงกลยุทธ์การขับเคลื่อนการจัดการความรู้ และติดตามผลการดำเนินงานด้านการจัดการความรู้

4.2 คณะทำงานบริหารการจัดการความรู้ มีบทบาทหน้าที่ในการวางแผน สนับสนุน กำกับติดตามการดำเนินงาน จัดทำเอกสาร และระบบควบคุมเอกสาร ได้แก่ คู่มือ ระเบียบวิธีปฏิบัติงาน แบบฟอร์ม และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ตามข้อกำหนดของ ISO 30401:2018

4.3 กลุ่มงานพัฒนาระบบการเรียนรู้และจัดการความรู้ สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มีบทบาทหน้าที่ในการออกแบบ พัฒนา และสนับสนุนการจัดการความรู้ของธนาคารให้เป็นระบบที่เชื่อมโยง ผ่านการดำเนินโครงการ/กิจกรรมด้านการจัดการความรู้ เพื่อให้การจัดการความรู้ทั่วถึงบุคลากรทั้งองค์กร ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการจัดการความรู้ การกำหนดแผน ขอบเขตในการตรวจติดตามภายใน จัดเตรียมข้อมูล/หลักฐานสนับสนุนการตรวจติดตามภายใน และภายนอก

4.4 คณะทำงานตรวจติดตามภายใน (Internal Auditor) มีบทบาทหน้าที่ในการร่วมจัดทำแผนการตรวจติดตามภายใน และดำเนินการตรวจติดตามภายในครอบคลุมประเด็นตามข้อกำหนดของมาตรฐาน ISO 30401:2018 และสนับสนุนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ระบบการจัดการความรู้มีประสิทธิภาพ จัดทำรายงานผลการตรวจติดตามภายใน สรุปผลการตรวจ ข้อค้นพบ และข้อบกพร่อง รายงานต่อคณะกรรมการหรือผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง

5. ขั้นตอนการดำเนินงาน

ลำดับ	ขั้นตอน	รายละเอียดกิจกรรม	ผลลัพธ์/เอกสารหลัก
5.1	วางแผนการตรวจติดตามภายใน	<p>กลุ่มงานพัฒนาระบบการเรียนรู้และจัดการความรู้ สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ดำเนินการวางแผนการตรวจติดตามภายใน</p> <p>5.1.1 ประกาศแต่งตั้งทีมผู้ตรวจติดตามภายใน โดยพิจารณาจากสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ISO 30401: 2018 ▪ มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในกระบวนการตรวจติดตามภายใน ▪ ผู้ตรวจติดตามภายใน (Internal Auditor) จะไม่ตรวจงานที่ตนเองรับผิดชอบ <p>5.1.2 ดำเนินการจัดทำ แผนการตรวจติดตามภายในประจำปี ตารางเวลาสำหรับการตรวจติดตาม เสนอขออนุมัติแผนการตรวจจากผู้อนุมัติก่อนดำเนินการตรวจ และสำเนาแจกจ่ายให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ</p> <p>5.1.3 กลุ่มงานพัฒนาระบบการเรียนรู้และจัดการความรู้ จัด</p>	<p>- แผนการตรวจติดตามภายในประจำปี (Yearly - Internal Audit Plan) (BAACKM-FM-12)</p> <p>- แผนการตรวจติดตามภายใน (Internal Audit Plan) (BAACKM-FM-13)</p> <p>- รายการตรวจติดตามภายใน (Internal Audit Check list) (BAACKM-FM-14)</p>

	ระเบียบวิธีปฏิบัติงาน (Quality Procedure)	หมายเลขเอกสาร	BAACKM-QP-09	
		แก้ไขครั้งที่	01	
	เรื่อง การตรวจติดตามภายใน	วันที่มีผลบังคับใช้	15/12/2568	
		หน้าที่	5 จาก 8	

ลำดับ	ขั้นตอน	รายละเอียดกิจกรรม	ผลลัพธ์/เอกสารหลัก
		<p>ประชุมชี้แจงกระบวนการของการตรวจติดตามภายในให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ และเข้าใจให้ตรงกัน เพื่อนำไปปฏิบัติการตรวจติดตามภายในได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ มีการจัดทำรายการประชุมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เสนอผู้อนุมัติทราบ</p> <p>5.1.4 ผู้ตรวจติดตามภายในดำเนินการประชุมทีมก่อนการตรวจติดตามภายใน เพื่อกำหนดวิธีการในการตรวจติดตามภายใน และจัดทำ “รายการตรวจติดตามภายใน” (Internal Audit Check List) พร้อมทั้งกำหนดหน้าที่ของผู้ตรวจติดตามภายในแต่ละคน</p> <p>5.1.5 หัวหน้าทีมผู้ตรวจติดตามภายใน ดำเนินการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ของการตรวจติดตามภายในกับผู้รับการตรวจก่อนการตรวจติดตามให้ได้รับทราบ และแจ้งกับผู้เกี่ยวข้องในคณะทำงานบริหารจัดการความรู้</p> <p>หมายเหตุ : ความถี่ของการตรวจติดตามภายในจะกำหนดให้มีการตรวจติดตามภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p>	<p>- คำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงานบริหาร การจัดการความรู้ (BAACKM-SD-43)</p> <p>- การประชุมชี้แจงการ ตรวจติดตามภายใน (BAACKM-SD-62)</p>
5.2	ดำเนินการตรวจ ติดตามภายใน	<p>5.2.1 ทีมผู้ตรวจติดตามภายในเปิดประชุมชี้แจงรายละเอียดในการตรวจติดตามภายใน แก่ส่วนงานที่รับการตรวจทุกครั้ง ซึ่งหัวข้อหารือในการเปิดประชุมก่อนการตรวจโดยสังเขป ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ แนะนำทีมผู้ตรวจติดตามภายใน ▪ ขอบเขตของการตรวจติดตามภายใน ▪ เกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจติดตามภายในให้สอดคล้องกับข้อกำหนด ISO 30401 : 2018 <p>5.2.2 วิธีการตรวจติดตามภายใน เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ทีมตรวจติดตามภายใน เข้าร่วมประชุมและการตรวจติดตามพร้อมกัน ▪ ผู้รับผิดชอบในแต่ละกระบวนการอธิบายข้อมูลและชี้แจงรายละเอียดปัญหาสาเหตุของการเกิดปัญหา ▪ ผู้ตรวจที่ได้รับมอบหมายในแต่ละหัวข้อ ทบทวน ตรวจสอบเอกสาร ที่เกี่ยวข้องให้ความเห็นและแจ้งปัญหาที่พบ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง หรือสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ตรวจสอบเอกสาร หรือบันทึกที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมเป็นต้น <p>5.2.3 เกณฑ์ในการรายงานผลการตรวจ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ C (Conformity) เมื่อผู้รับตรวจ มีการปฏิบัติงานได้ 	<p>- รายการตรวจติดตาม ภายใน (Internal Audit Check list) (BAACKM-FM-14)</p> <p>-ใบร้องขอดำเนินการ แก้ไขและป้องกัน (CORRECTIVE AND PREVENTIVE ACTION REQUEST: CAR/PAR) (BAACKM-FM-15)</p> <p>- รายงานการประชุม คณะกรรมการจัดการ ความรู้ (BAACKM-SD-02)</p>

	ระเบียบวิธีปฏิบัติงาน (Quality Procedure)	หมายเลขเอกสาร	BAACKM-QP-09
		แก้ไขครั้งที่	01
	เรื่อง การตรวจติดตามภายใน	วันที่มีผลบังคับใช้	15/12/2568
		หน้าที่	6 จาก 8

ลำดับ	ขั้นตอน	รายละเอียดกิจกรรม	ผลลัพธ์/เอกสารหลัก
		<p>ครบถ้วนตามเอกสารประกอบการทำงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ OBS. (Observation) เมื่อทีมผู้ตรวจพบข้อสังเกต หรือมีข้อแนะนำแก่ผู้รับการตรวจ ▪ NC. (Non - Conformity) เมื่อพบว่าผู้รับการตรวจมีการปฏิบัติงานไม่ครบถ้วนตามเอกสารประกอบการทำงาน <p>5.2.4 ทีมผู้ตรวจติดตามภายใน รายงานผลการตรวจติดตามภายหลังจากการตรวจต่อผู้รับการตรวจติดตามทันที แล้วทำการออก “ใบร้องขอดำเนินการแก้ไขและป้องกัน” (CORRECTIVE AND PREVENTIVE ACTION REQUEST: CAR/PAR) ในกรณีที่มีการพิจารณาเป็น NC. (Non - Conformity) ให้แก้ไขภายใน 7 วัน หลังการตรวจติดตาม และในกรณีที่เป็น OBS. ให้นำประเด็นเข้าที่ประชุมคณะกรรมการจัดการความรู้ เพื่อพิจารณาหาแนวทางแก้ไข</p>	
5.3	รายงานผลการตรวจติดตามภายใน	<p>5.3.1 ทีมผู้ตรวจติดตามภายใน ทำการส่ง “รายการตรวจติดตามภายใน” (Internal Audit Check list) ที่บันทึกรายละเอียดที่ได้จากการตรวจติดตาม พร้อมทั้ง “ใบร้องขอดำเนินการแก้ไขและป้องกัน (CORRECTIVE AND PREVENTIVE ACTION REQUEST: CAR/PAR)” กับผู้รับตรวจ เพื่อดำเนินการตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การตรวจสอบ ป้องกัน และแก้ไข</p> <p>5.3.2 ผู้เกี่ยวข้องที่รับผิดชอบเอกสารที่เข้ารับการตรวจรับ “ใบร้องขอดำเนินการแก้ไขและป้องกัน” (CORRECTIVE AND PREVENTIVE ACTION REQUEST: CAR/PAR) แล้ว ดำเนินการค้นหาสาเหตุของปัญหา หรือแนวโน้มของปัญหาที่ตรวจพบ พร้อมทั้งกำหนดวิธีการแก้ไข การป้องกันที่เหมาะสมกับขนาดของปัญหา แนวโน้มของปัญหาที่พบ และกำหนดเวลาแล้วเสร็จลงใน “ใบร้องขอดำเนินการแก้ไขและป้องกัน” (CORRECTIVE AND PREVENTIVE ACTION REQUEST: CAR/PAR)</p> <p>5.3.3 ผู้เกี่ยวข้องที่รับผิดชอบเอกสาร ที่เข้ารับการตรวจทำการแจ้งผลการวิเคราะห์สาเหตุ และวิธีการแก้ไข หรือป้องกัน ปัญหา แนวโน้มของปัญหาที่ตรวจพบแก่ทีมผู้ตรวจติดตามภายใน</p>	<p>- รายการตรวจติดตามภายใน (Internal Audit Check list) (BAACKM-FM-14)</p> <p>- ใบร้องขอดำเนินการแก้ไขและป้องกัน (CORRECTIVE AND PREVENTIVE ACTION REQUEST: CAR/PAR) (BAACKM-FM-15)</p> <p>- รายงานการประชุมคณะกรรมการจัดการความรู้ (BAACKM-SD-02)</p> <p>- รายงานการตรวจติดตามภายใน (Auditing Report) (BAACKM-SD-44)</p>

	ระเบียบวิธีปฏิบัติงาน (Quality Procedure)	หมายเลขเอกสาร	BAACKM-QP-09
		แก้ไขครั้งที่	01
	เรื่อง การตรวจติดตามภายใน	วันที่มีผลบังคับใช้	15/12/2568
		หน้าที่	7 จาก 8

ลำดับ	ขั้นตอน	รายละเอียดกิจกรรม	ผลลัพธ์/เอกสารหลัก
		<p>5.3.4 ทีมผู้ตรวจติดตามภายในทำการตรวจสอบผลการวิเคราะห์สาเหตุ และวิธีการแก้ไข การป้องกันว่า สามารถแก้ไข ป้องกันปัญหา หรือแนวโน้มของปัญหาที่ตรวจพบได้หรือไม่</p> <p>5.3.5 ผู้รับผิดชอบเอกสารที่เข้ารับการตรวจ ดำเนินการแก้ไข หรือ ป้องกันตามวิธีการที่ระบุไว้ใน “ใบร้องขอดำเนินการแก้ไขและ ป้องกัน” พร้อมทั้งเก็บรวบรวมบันทึกหลักฐานต่าง ๆ ที่แสดงให้เห็นถึงการแก้ไข การป้องกัน ซึ่งทำให้ปัญหา หรือแนวโน้มของ ปัญหาที่ตรวจพบหมดไป</p> <p>5.3.6 ทีมผู้ตรวจติดตามภายใน ดำเนินการติดตามผลการแก้ไข ตามกำหนดเวลาแล้วเสร็จที่ระบุไว้ใน “ใบร้องขอดำเนินการ แก้ไขและป้องกัน” พร้อมทั้งประเมินผลการแก้ไขว่าสามารถทำ ให้ปัญหา หรือแนวโน้มของปัญหาที่ตรวจพบหมดไปหรือไม่</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ หากสามารถยอมรับได้ให้ปิดประเด็น และลงบันทึก รายละเอียดของการตรวจติดตามใน “ใบร้องขอดำเนินการ แก้ไขและป้องกัน” ▪ หากไม่สามารถยอมรับได้ให้ทำการนัดหมายกำหนดเวลาแล้ว เสร็จครั้งที่ 2 กับทีมผู้รับตรวจ แล้วดำเนินการติดตามผลการ แก้ไขตามกำหนดเวลาแล้วเสร็จอีกครั้ง <p>หมายเหตุ : หากการติดตามผลการแก้ไขในครั้งที่ 2 ยังไม่ สามารถปิดประเด็นได้ให้ทีมผู้ตรวจติดตามทำการออก “ใบร้องขอดำเนินการแก้ไขและป้องกัน” ใบใหม่กับผู้รับตรวจ โดยอ้างอิงหมายเลขใบคำร้องขอดำเนินการแก้ไข และป้องกัน ฉบับเดิม</p> <p>5.3.7 กลุ่มงานพัฒนาระบบการเรียนรู้และจัดการความรู้ ทำการรวบรวมข้อมูลผลการติดตามภายในจากทีมผู้ตรวจติดตาม ภายใน พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ได้จากการตรวจ ติดตามภายใน เพื่อนำสู่การประชุมทบทวน โดยคณะกรรมการ จัดการความรู้</p>	

6. เอกสารอ้างอิง

- | | |
|------------------|---|
| 6.1 BAACKM-FM-12 | แผนการตรวจติดตามภายในประจำปี (Yearly Internal Audit Plan) |
| 6.2 BAACKM-FM-13 | แผนการตรวจติดตามภายใน (Internal Audit Plan) |
| 6.3 BAACKM-FM-14 | รายการตรวจติดตามภายใน (Internal Audit Check list) |

	ระเบียบวิธีปฏิบัติงาน (Quality Procedure)	หมายเลขเอกสาร	BAACKM-QP-09
		แก้ไขครั้งที่	01
	เรื่อง การตรวจติดตามภายใน	วันที่มีผลบังคับใช้	15/12/2568
		หน้าที่	8 จาก 8

- 6.4 BAACKM-FM-15 ใบร้องขอดำเนินการแก้ไขและป้องกัน (CORRECTIVE AND PREVENTIVE ACTION REQUEST: CAR/PAR)
- 6.5 BAACKM-SD-01 คู่มือการบริหารเอกสารของธนาคาร (บอ.1) บทที่ 203.06.01
- 6.6 BAACKM-SD-02 รายงานการประชุมคณะกรรมการจัดการความรู้
- 6.7 BAACKM-SD-43 คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานบริหารการจัดการความรู้
- 6.8 BAACKM-SD-44 รายงานการตรวจติดตามภายใน (Auditing Report)
- 6.9 BAACKM-SD-62 การประชุมชี้แจงการตรวจติดตามภายใน

7. บันทึกคุณภาพและเอกสารที่จัดเก็บ

ลำดับ	ชื่อบันทึก	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาจัดเก็บ	การทำลายเอกสาร
7.1	คู่มือการบริหารเอกสารของธนาคาร (บอ.1) บทที่ 203.06.01	กลุ่มงานพัฒนาระบบการเรียนรู้และจัดการความรู้/ฝ่ายอำนวยการ	3 ปี	คู่มือการบริหารเอกสารของธนาคาร (บอ.1) บทที่ 203.06.01
7.2	รายงานการประชุมคณะกรรมการจัดการความรู้	กลุ่มงานพัฒนาระบบการเรียนรู้และจัดการความรู้/สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	3 ปี	คู่มือการบริหารเอกสารของธนาคาร (บอ.1) บทที่ 203.06.01
7.3	คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานบริหารการจัดการความรู้	กลุ่มงานพัฒนาระบบการเรียนรู้และจัดการความรู้/สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	3 ปี	คู่มือการบริหารเอกสารของธนาคาร (บอ.1) บทที่ 203.06.01
7.4	รายงานการตรวจติดตามภายใน (Auditing Report)	กลุ่มงานพัฒนาระบบการเรียนรู้และจัดการความรู้/สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	3 ปี	คู่มือการบริหารเอกสารของธนาคาร (บอ.1) บทที่ 203.06.01
7.5	การประชุมชี้แจงการตรวจติดตามภายใน	กลุ่มงานพัฒนาระบบการเรียนรู้และจัดการความรู้/สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	3 ปี	คู่มือการบริหารเอกสารของธนาคาร (บอ.1) บทที่ 203.06.01