

밀착도 검사 기록



날짜: _____ 압착 횟수: _____

방독면 사용자 이름/ 전화: _____

직위/ 부서: _____

감독관 이름/ 전화: _____

흡입 위험에 대한 설명: _____

밀착도 검사

선택한 방독면 유형: _____

방독면 제조업체: _____

선택한 방독면 크기 및 모델: _____

사용된 정성 프로토콜:

_____ 이소아밀 아세테이트	합격 _____	불합격 _____
_____ 사카린	합격 _____	불합격 _____
_____ Bitrex [®]	합격 _____	불합격 _____
_____ 자극적인 연기	합격 _____	불합격 _____

교육

제한 사항 _____	보관 _____
착용 _____	필터/카트리지가 교환 _____
조정 _____	눈 보호 _____
밀착도 검사 _____	안면부 밀착 문제 _____
유지 관리 _____	악취 최소감지농도 _____

교육 완료 날짜: _____

밀착도 검사 완료 날짜: _____

근로자 서명: _____

밀착도 검사자 서명: _____