

บันทึกการทดสอบความกระชับของหน้ากาก

วันที่: _____ จำนวนของการบีบ: _____

ชื่อ/โทรศัพท์ของผู้ใช้หน้ากากกันฝุ่นละออง: _____

ตำแหน่งงาน/แผนก: _____

ชื่อ/โทรศัพท์ของผู้บังคับบัญชา: _____

รายละเอียดของอันตรายจากการสูดดม: _____

ทดสอบความกระชับของหน้ากาก

ประเภทของหน้ากากกันฝุ่นละอองที่เลือก: _____

ผู้ผลิตหน้ากากกันฝุ่นละออง: _____

ขนาดและรุ่นของหน้ากากกันฝุ่นละอองที่เลือก: _____

ขั้นตอนคุณภาพที่ใช้:

_____ Isoamyl Acetate	ผ่าน _____	ไม่ผ่าน _____
_____ Saccharin	ผ่าน _____	ไม่ผ่าน _____
_____ Bitrex®	ผ่าน _____	ไม่ผ่าน _____
_____ Irritant smoke	ผ่าน _____	ไม่ผ่าน _____

การฝึกอบรม

ข้อจำกัด _____	ที่จัดเก็บ _____
การสวมใส่ _____	การเปลี่ยนฟิลเตอร์/ ดัดกรองสารเคมี _____
การปรับ _____	การป้องกันดวงตา _____
ตรวจสอบความกระชับ _____	หน้ากากสำหรับผู้ที่ มีปัญหาเกี่ยวกับใบหน้า _____
การซ่อมบำรุง _____	เกณฑ์เกี่ยวกับกลิ่น _____

วันที่เสร็จสิ้นการฝึกอบรม: _____

วันที่เสร็จสิ้นการทดสอบ _____

ความกระชับของหน้ากาก

ลายมือชื่อพนักงาน: _____

ลายมือชื่อผู้ทำการทดสอบ _____

ความกระชับของหน้ากา: