

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 _____ |

การฝึกรวม

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

วันที่เสร็จสิ้นการฝึกรวม: _____

วันที่เสร็จสิ้นการทดสอบ _____

ความกระชับของหน้ากาก

ลายมือชื่อพนักงาน: _____

ลายมือชื่อผู้ทำการทดสอบ _____

ความกระชับของหน้ากา: