

บันทึกการตรวจสอบถังดับเพลิง ประจำเดือน ..... พ.ศ. ....

ตรวจสอบวันที่ ..... เวลา ..... ผู้ตรวจสอบ .....

หมายเลข	ชนิดถังดับเพลิง			รายการตรวจสอบ				สถานที่ตั้ง	หมายเหตุ / ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
	HALON	CO 2	ผงเคมี	เกจความดัน	สลัก + ซีล	สายฉีด	ความสะอาด		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

หมายเหตุ

1. ทำความสะอาดถังดับเพลิงทุกครั้งที่มีการตรวจสอบ
2. ตรวจสอบถังดับเพลิง ทุกๆ 1 เดือน