



ใบตรวจเช็คอุปกรณ์ล้างตาฉุกเฉิน

ฝ่าย/แผนก.....จุดตรวจสอบ.....ประจำเดือน.....

| ลำดับ      | รายการตรวจสอบ       | วิธีการตรวจสอบ                    | สัปดาห์ที่ตรวจ |   |   |   | หมายเหตุ |
|------------|---------------------|-----------------------------------|----------------|---|---|---|----------|
|            |                     |                                   | 1              | 2 | 3 | 4 |          |
| 1          | คันโยกเปิดปิดน้ำ    | ดันคันโยกไปด้านหน้าต้องไม่ฝืด     |                |   |   |   |          |
| 2          | การไหลของน้ำ        | น้ำต้องพุ่งแรงพอประมาณ            |                |   |   |   |          |
| 3          | ความสะอาดของอุปกรณ์ | ต้องไม่มีฝุ่นเกาะไม่เลอะเทอะ      |                |   |   |   |          |
| 4          | สิ่งกีดขวาง         | ต้องไม่มีสิ่งกีดขวางเข้าออกสะดวก  |                |   |   |   |          |
| 5          | สภาพอุปกรณ์         | ต้องอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานไม่ชำรุด |                |   |   |   |          |
| ผู้ตรวจสอบ |                     |                                   |                |   |   |   |          |
| หัวหน้างาน |                     |                                   |                |   |   |   |          |

หมายเหตุ

1. ทำการตรวจเช็คเป็นประจำทุกวันจันทร์ของสัปดาห์

2. ทำความสะอาดทุกครั้งที่มีการทดสอบ

/ : สภาพพร้อมใช้งาน

X : สภาพไม่พร้อมใช้งาน