

# 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 <sup>®</sup>	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: \_\_\_\_\_