บันทึกการตรวจสอบอุปกรณ์ฉุกเฉิน

อุปกรณ์ ☐อุปกรณ์แจ้งเหตุเพลิงไหม้แบบเสียง ☐ไฟส่องสว่างฉุกเฉิน (ระบุตำแหน่ง.....)

วันที่ติดตั้ง..... **ความถี่**: 1 ครั้ง/ 3 เดือน (ช่วงเวลา 17.00-18.00 น.)

วันที่	**การตรวจสอบ** (ความดังของกระดิ่ง/ความสว่าง/ทิศทางของแสง)		**ผู้ตรวจ**	**หมายเหตุ**
	ปกติ	**ไม่ปกติ/ระบุ**		

หมายเหตุ

1. หากการตรวจสอบอุปกรณ์ฉุกเฉินทำงานปกติให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ปกติ” หากพบปัญหา/ข้อบกพร่อง ในระบุรายละเอียดของความผิดปกติที่พบในช่อง “ไม่ปกติ/ระบุ”