

IMS

کد فرم: 05FME005

ویرایش: 05

تاریخ بازنگری: 96/02/10



شرکت آب و فاضلاب استان مرکزی

دفتر بهداشت، ایمنی و محیط زیست

نام شهر:

● کنترل محل استقرار و شارژ کپسولهای اطفاء حریق ●

ردیف	مشخصات کپسول				تاریخ شارژ	تاریخ انقضاء	تاریخ بازدید	نتیجه بازدید		نام و امضاء بازرس
	وزن	نوع ماده	مکان استقرار	کد کپسول				م	ن	

* * این فرم هر ۳ ماه در ۲ نسخه تکمیل و یک نسخه آن به دفتر HSE ارسال میگردد .

نام و امضاء رابط دفتر HSE:

مدیر امور / رئیس اداره: