**فرم کلرسنجی روزانه خانه بهداشت کارگری**

نام واحد كاري: نوع منبع: ماه: سال: تعداد کارگر: آدرس:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| توضیحات | کلر باقیمانده | pH | ساعت | تاریخ | ردیف |
|  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  | 11 |
|  |  |  |  |  | 12 |
|  |  |  |  |  | 13 |
|  |  |  |  |  | 14 |
|  |  |  |  |  | 15 |
|  |  |  |  |  | 16 |
|  |  |  |  |  | 17 |
|  |  |  |  |  | 18 |
|  |  |  |  |  | 19 |
|  |  |  |  |  | 20 |
|  |  |  |  |  | 21 |
|  |  |  |  |  | 22 |
|  |  |  |  |  | 23 |
|  |  |  |  |  | 24 |
|  |  |  |  |  | 25 |
|  |  |  |  |  | 26 |
|  |  |  |  |  | 27 |
|  |  |  |  |  | 28 |
|  |  |  |  |  | 29 |
|  |  |  |  |  | 30 |

نام ونام خانوادگی بهداشتیار کار: تاریخ و امضاء :