



แบบฟอร์มการตรวจสอบ EMERGENCY LIGHTING

วันที่ตรวจสอบ.....เวลา.....น.

ลำดับที่	หมายเลขที่ตรวจสอบ	รายการอุปกรณ์ที่ตรวจสอบ/เกณฑ์ที่ใช้ตรวจสอบ										หมายเหตุ	
		สายไฟฟ้า		สัญญาณไฟ		ตำแหน่งที่ตั้ง		สวิตช์ไฟฟ้า		ทดสอบ			
		สภาพสมบูรณ์		ติดตลอดเวลา		อยู่ในตำแหน่ง		อยู่ในตำแหน่ง OFF		ถอดปลั๊ก			
		ไม่แตกร้าวหรือชำรุด		ไม่แตกร้าวหรือชำรุด		ยึดติดแน่น				ไฟฟ้าติด			
		ปกติ	ไม่ปกติ	ปกติ	ไม่ปกติ	ปกติ	ไม่ปกติ	ปกติ	ไม่ปกติ	ปกติ	ไม่ปกติ		

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ
 (.....
/...../.....

