

**แบบฟอร์มบันทึกการตรวจสอบอุปกรณ์ภายในห้องควบคุม PNP และสารเคมี**

POG TANK: Size <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L		<b>PNP ROOM</b>			
สถานที่ติดตั้ง:		วันที่เริ่มตรวจสอบครั้งแรก.....			
ลำดับ	รายการตรวจสอบ	รอบระยะเวลา			
		3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1	ตรวจสอบการทำงานของตู้ควบคุม				
	- ตู้ควบคุมปั้มน้ำดิบ				
	- ตู้ควบคุมปั้มน้ำสูง				
2	ตรวจสอบการทำงานของวาล์วลูกลอย				
3	ตรวจสอบการทำงานของ Pressure Switch และ Flow Switch				
4	ตรวจสอบการทำงานของชุดล้างย้อน				
5	ตรวจสอบการทำงานของปั้มน้ำจ่ายสารเคมี				
6	ตรวจสอบสารเคมี				
	- Soda Ash				
	- PAC				
	- คลอรีน				
	- Polymer				
7	ตรวจสอบระบบท่อน้ำ				
8	ตรวจสอบระบบท่อไฟฟ้า				
9	ตรวจสอบสมรรถนะปั้มน้ำ และวาล์วต่างๆ				
หมายเหตุ: ให้ทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ผ่าน , <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน					
ข้อเสนอแนะ:		ผู้ปฏิบัติงาน: 1			
_____		_____			
_____		2			
_____		_____			
_____		3			
_____		_____			

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้ปฏิบัติงาน  
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ดูแล  
(.....)