

ตารางการตรวจเช็ค Sieve Tray โดย Visual Test

วันที่ _____

เวลา _____

Sample	Sieve Number	รายนีกลักษณะของตะแกรง		สภาพความดีของตะแกรง		หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	พร้อมใช้งาน	ไม่พร้อมใช้งาน	
Raw Material	16					
	20					
	35					
	40					
	50					
	70					
	80					
	100					
	140					

Glass	>55					
	55					
	25					
	16					
	<3.5					

คำชี้แจง : ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ทำการตรวจสอบด้วยสายตาและเห็นว่ามีสภาพตามนั้น

ทดสอบโดย

.....
(พนักงาน/ผู้ชำนาญการ)

ตรวจสอบผลโดย

.....
(ผู้จัดการแผนก/วิศวกร/เจ้าหน้าที่)