



### فرم اندازه گیری میدان الکتریکی

شرکت ماد کو ( ماد ایمن طب )

M A D C O

#### اطلاعات عمومی

نام شرکت:	آدرس:	تلفن شرکت:	نام دستگاه:	مدل دستگاه:	تاریخ اندازه گیری:
محدوده اندازه گیری:	شماره سریال دستگاه:	ساعت اندازه گیری:			

#### نتایج سنجش

ردیف	نام واحدکاری	نام کارگر / عنوان شغلی	منبع پرتو	مدت زمان مواجهه (h)	شدت میدان اندازه گیری شده (V/m)	استاندارد (V/m)	نتیجه ارزیابی

نام و امضاء مسئول فنی شرکت: