

	فرم اندازه گیری میدان مغناطیسی	شرکت ماد کو (ماد ایمن طب) M A D C O
---	---------------------------------------	--

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

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

نام و امضاء مسئول فنی شرکت: