

فرم کلرسنجی آب آشامیدنی (شبکه لوله کشی - کلر مادر)

مرکز بهداشت شهرستان .....

روستایی

مرکز بهداشتی و درمانی \_\_\_\_\_

شهری

خانه بهداشت

..... ماه ..... سال

پایگاه بهداشت

کلر باقیمانده ppm	PH	تاریخ	ساعت	محل نمونه برداری	ردیف	کلر باقیمانده ppm	PH	تاریخ	ساعت	محل نمونه برداری *	ردیف

توضیح: کلرسنجی مربوط به خانوار استفاده کننده از کلر مادر با علامت + مشخص شود.

کلر مادر:

شبکه لوله کشی:

۱- جمع کلر سنجی .....

۱- جمع کلر سنجی .....

موارد صفر

۲- جمع موارد نامطلوب

۲- جمع موارد نامطلوب

سایر موارد

\* اگر کلر سنجی مربوط به کلر مادر می باشد محل نمونه برداری ذکر شود.

امضاء .....

نام و نام خانوادگی و سمت تکمیل کننده فرم .....