

## 「防毒マスクの選択」「吸収缶の使用可能時間」 に関するお問い合わせシート

会社名	
部署名	
お名前	
住所	〒
電話番号	

\*は必須項目です。

注意: 「吸収缶の使用可能時間」のご質問には、④物質名 ⑥物質の環境濃度 ⑨使用されているまたは検討中の製品番号がわからないとご回答できません。

以下の質問に対し、該当するものを丸で囲むか、ご記入をお願いいたします。

\*① 作業場所は? A.屋外 B.屋内 C.タンク、船倉など

② 換気装置はありますか? A.ある B.ない

「ある」とご回答の方にお聞きます。それは次のどちらのタイプですか?  
→ a.プッシュプル b.局排

③ 酸素濃度は 19.5%以上ありますか? A.はい B.いいえ

\*④ 物質名を教えてください 物質名 ( )  
物質の CAS No. は? ( )  
その物質の状態は? A.液体 B.気体 C.固体

⑤ 作業時間はどのくらいですか? ( )時間/日

\*⑥ 濃度作業環境測定の結果は? A測定値: ( )PPM  
B測定値: ( )PPM  
個人暴露濃度: ( )PPM

\*⑦ ミストは存在しますか? A.はい B.いいえ

\*⑧ 粉塵は混在しますか? A.はい B.いいえ

\*⑨ 使用されている、または検討中のスリーエム製品は? 面体: ( )  
吸収缶: ( )

\*⑩ お問い合わせ内容 A.防毒マスク選択 B.吸収缶の使用可能時間

その他、何かございましたらこちらにご記入ください。