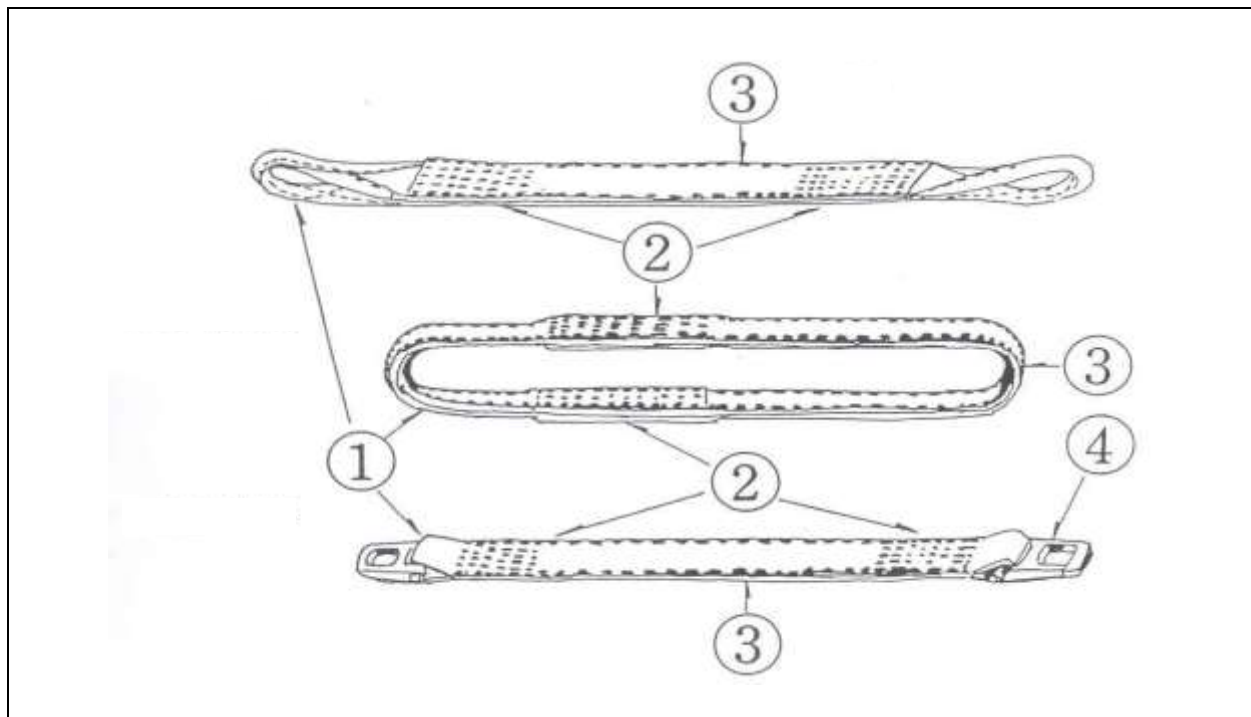


No.Dokumen		Revisi:	Tanggal Terbit:
Formulir	<b>CHECKLIST INSPEKSI SLING (NYLON BELT)</b>		Halaman: dari

Departemen : \_\_\_\_\_ No. Alat : \_\_\_\_\_  
Tanggal Inspeksi : \_\_\_\_\_ Model /Type : \_\_\_\_\_  
Sertifikat Alat : \_\_\_\_\_



No	Deskripsi	Keterangan	Kondisi	
			SESUAI	Tidak
1	LINGKARAN BELT	BAIK TIDAK CACAT		
2	SAMBUNGAN BELT	BAIK TIDAK CACAT		
3	KONDISI BELT	BAIK TIDAK CACAT DAN LABEL KAPASITAS JELAS		
4	PENGAIT BELT	BAIK TIDAK CACAT DAN BERFUNGSI		

Kesimpulan Hasil Inspeksi

Diinspeksi oleh : ( _____ ) Safety Officer	( _____ ) Bagian Mekanik	Diketahui oleh : ( _____ ) Manager
--	-----------------------------	--