

คำร้องทั่วไป

.....

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลโคกช้าง

อำเภอเดิมบางนางบวช

จังหวัดสุพรรณบุรี 72120

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง

เรียน นายกองค้การบริหารสวณตำบลโคกช้าง

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ ปี

อาชีพ..... อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์และขอยื่นคำร้องต่อนายกองคการบริหารส่วนตำบลโคกช้าง ดังนี้

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 104

.....

[illegible][illegible]

.....

[illegible]

.....

[illegible][illegible]

P u b l i s h e d f o r t h e U n i t e d N a t i o n s S e c r e t a r y G e n e r a l b y t h e P u b l i s h i n g O f f i c e , U n i t e d N a t i o n s

[illegible]

#####

[illegible]

.....

พร้อมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานจำนวน.....ฉบับ (ถ้ามี)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

แบบฟอร์มการรับเรื่องร้องเรียน

หน่วยงาน.....

เลขที่รับเรื่อง..... วัน/เดือน/ปี..... ประเภทการร้องเรียน.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ร้องเรียน

1. ชื่อ-สกุล ผู้ร้องเรียน.....

2. ที่ตั้งเลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

3. เบอร์โทรศัพท์..... มือถือ.....

4. ข้อร้องเรียน ☐ ปัญหาเสียงดัง/เสียงรบกวน ☐ ปัญหากลิ่นเหม็น/กลิ่นรบกวน

☐ ปัญหาฝุ่นละออง/เขม่า/ควัน ☐ ปัญหามูลฝอย/สิ่งปฏิกูล

☐ ปัญหาความสั่นสะเทือน ☐ ปัญหาสารเคมี/ของเสียอันตราย

☐ ปัญหาน้ำเสีย ☐ ปัญหาสัตว์และแมลงพาหะนำโรค

☐ ปัญหาอื่น ๆ (ระบุ).....

5. สภาพปัญหาที่ได้รับ (โดยสรุป)

6. ช่วงเวลา/ความถี่ที่ได้รับปัญหา

☐ เป็นประจำทุกวัน (ระบุช่วงเวลา)..... ☐ เป็นบางครั้ง (ระบุช่วงเวลา).....

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

7. ผลกระทบต่อสุขภาพ/อาการแสดง

☐ ปวดศีรษะ/วิงเวียน ☐ คลื่นไส้ อาเจียน ☐ มีผื่นแดงที่ผิวหนัง/ผิวหนังอักเสบ

☐ หายใจไม่สะดวก ☐ แสบจมูก ☐ เจ็บคอ

☐ ตาอักเสบ/แสบตา ☐ น้ำมูกไหล ☐ ปวดหู

☐ กระสับกระส่าย ☐ นอนไม่หลับ ☐ โรคภูมิแพ้

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

8. เคยแจ้งข้อร้องเรียนไปยังหน่วยงานอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานที่ที่ถูกร้องเรียน/ผู้ก่อเหตุรำคาญ

1. ชื่อสถานที่ที่ก่อเหตุรำคาญ/ผู้ก่อเหตุรำคาญ

2. ที่ตั้งเลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... พิกัด.....

3. ลักษณะการกระทำ/ขั้นตอนหรือกระบวนการผลิต (โดยระบุ).....

4. ช่วงเวลาในการกระทำ/ประกอบกิจการ/ให้บริการ (ระบุ).....

ส่วนที่ 3 ความประสงค์ในการร้องเรียน

ลงชื่อ.....ผู้ร้อง

(.....)

ลงชื่อผู้รับเรื่อง

(.....)

ตำแหน่ง

แบบบันทึกผลกระทบต่อสุขภาพหรือผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันจากเสียง

คำชี้แจง :

1. แบบบันทึกผลกระทบต่อสุขภาพหรือผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันจากเสียงนี้ สำหรับให้ผู้ได้รับผลกระทบเป็นผู้บันทึกข้อมูล
2. การประเมินระดับเสียง ให้ประเมินจากผลกระทบ ดังนี้
 - ระดับ 1 แทบจะไม่ได้ยินเสียง เช่น ต้องตั้งใจฟังจึงจะได้ยินเสียง
 - ระดับ 2 สามารถรับรู้ว่ามีเสียงเกิดขึ้นโดยง่าย
 - ระดับ 3 เสียงดัง เช่น ต้องเพิ่มระดับเสียงกว่าปกติขณะคุยกัน ต้องเพิ่มระดับเสียงวิทยุหรือโทรทัศน์

ชื่อผู้บันทึกข้อมูล.....อายุ.....โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....					
สถานที่บันทึกข้อมูล.....					
สถานที่ต้องสงสัยว่าทำให้เกิดปัญหา.....					
วัน/เดือน/ปี	ช่วงเวลาเกิดเหตุ (เริ่มต้น-สิ้นสุด)	ชนิดของเสียง เช่น เสียงดนตรี	ระดับเสียง	อาการทางสุขภาพและ/หรือผลกระทบต่อการ ใช้ชีวิตประจำวัน	ข้อสังเกต เช่น ผู้ก่อเหตุทำกิจกรรมอะไรขณะ เกิดเสียง หรือข้อสังเกตอื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลายมือชื่อ.....
 (.....)
 ผู้บันทึกข้อมูล

แบบสัมภาษณ์เหตุรำคาญจากเสียง ณ บริเวณที่ผู้ร้องเรียนได้รับผลกระทบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร้องเรียน

- 1.1 ชื่อ-นามสกุล ผู้ร้องเรียน.....
- 1.2 อายุ.....ปี เพศ อาชีพ.....
- 1.3 ที่อยู่ขณะที่ได้รับผลกระทบ บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย.....
หมู่บ้าน (ถ้ามี) ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์
- 1.4 ลักษณะอาคาร/การใช้ประโยชน์ที่ดินที่ได้รับปัญหา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการได้รับปัญหาของผู้ร้องเรียน

- 2.1 ในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมาท่านได้รับผลกระทบจากเสียงที่ร้องเรียนหรือไม่
☐ ได้รับผลกระทบ ☐ ไม่ได้รับผลกระทบ
- 2.2 ผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพหรือไม่ อย่างไร
☐ กระสับกระส่าย ☐ นอนไม่หลับ ☐ ปวดศีรษะ/วิงเวียน
☐ ปวดหู ☐ คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ตาอักเสบ/แสบตา
☐ อื่น ๆ (ระบุ)
- 2.3 สภาพปัญหาที่ได้รับ ณ ปัจจุบัน (โดยสรุป) เช่น สถานที่ก่อเหตุ ระยะห่างจากสถานที่ก่อเหตุ สาเหตุของเสียงดังที่เกิดขึ้นตามที่ผู้ร้องเข้าใจ ผลกระทบด้านสุขภาพและผลกระทบด้านอื่นๆ

- 2.4 ช่วงเวลาที่เกิดเสียง.....
- 2.5 ลักษณะของเสียง
- 2.6 เข้าข่ายเป็นเสียงพิเศษ ☐ ไม่เข้าข่าย ☐ เป็นเสียงกระแทก
☐ เป็นเสียงแหลมดัง ☐ เป็นเสียงที่มีความสั่นสะเทือนร่วมด้วย
- 2.7 ความต่อเนื่องของเสียง
- 2.8 ระยะเวลาที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง
- 2.9 ความถี่ของการเกิดเสียง (ต่อชั่วโมง ต่อวัน)

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล:..... ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ:.....
 (.....) (.....)
 วันที่..... -2- ตำแหน่ง.....
 วันที่.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการตรวจสอบสภาพปัญหาของเจ้าหน้าที่

- 3.1 วันที่ตรวจสอบ..... ช่วงเวลาตรวจสอบ (เริ่มต้น-สิ้นสุด)
- 3.2 ขณะตรวจสอบ มีเสียงจากแหล่งกำเนิดที่ถูกร้องเรียนหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี
- 3.3 ขณะตรวจสอบ มีเสียงจากแหล่งกำเนิดอื่นที่ไม่ใช่แหล่งกำเนิดที่ถูกร้องเรียนหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี

(อธิบาย)

3.4 การประเมินเสียงภายในสถานที่ที่ได้รับผลกระทบและบริเวณโดยรอบแหล่งกำเนิด

คำชี้แจง :

1. ระดับเสียง 0 = ไม่มีเสียง 1 = แทบจะไม่ได้ยินเสียง 2 = รับรู้ว่ามีเสียงโดยง่าย
 3 = เสียงดัง 4 = เสียงดังมากจนต้องหลีกเลี่ยงการสัมผัส
2. ความต่อเนื่อง 0 = ไม่มีเสียง 1 = เสียงดังต่อเนื่อง 2 = เสียงดังเป็นระยะ
3. ลักษณะเสียง 0 = ไม่มีเสียง 1 = เสียงสม่ำเสมอ 2 = เสียงกระแทก
 3 = เสียงแหลมดัง 4 = เสียงที่ทำให้เกิดความสั่นสะเทือน

สถานที่ประเมินเสียงเลขที่.....					
สถานที่ประเมิน เช่น ห้องนอน ห้องนั่งเล่น ห้องครัว	ระดับเสียง	ช่วงเวลาที่สำรวจ (เริ่มต้น-สิ้นสุด)	ความต่อเนื่อง	ลักษณะเสียง	ข้อสังเกตเพิ่มเติม

* ควรใช้เวลาสำรวจอย่างน้อย 5 นาทีในแต่ละบริเวณที่เลือกสำรวจ

3.5 สรุปข้อมูลในช่วงที่ทำการตรวจสอบ

.....

.....

ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ:.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ:.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

-3- วันที่.....

ส่วนที่ 4 แผนที่แสดงจุดประเมินเสียง สถานที่ก่อเหตุ สถานที่ที่ได้รับผลกระทบและบริเวณโดยรอบ





แบบสอบถามความคิดเห็นของประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียง

ประเด็นปัญหาการร้องเรียน เรื่อง.....

วันที่สอบถาม: วันที่.....เดือน..... พ.ศ. เวลา..... น.

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลชื่อ-สกุล..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

จำนวนสมาชิกในครอบครัว/ครัวเรือน.....คน อยู่อาศัยมาเป็นระยะเวลา.....ปี

บ้านพักอาศัยของท่านอยู่ห่างสถานประกอบกิจการ/แหล่งก่อเหตุ (ระบุ).....เป็นระยะทาง

☐ น้อยกว่า 100 เมตร☐ 100 เมตร - 500 เมตร☐ 500 เมตร - 1 กิโลเมตร☐ มากกว่า 1 กิโลเมตร**ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาการร้องเรียน**☐ ไม่ได้รับผลกระทบ/ไม่ได้รับความเดือดร้อน เพราะ.....☐ ได้รับผลกระทบ/ได้รับความเดือดร้อน

รายละเอียด/ลักษณะผลกระทบ/สภาพปัญหา.....

ช่วงเวลา/ความถี่ที่ได้รับผลกระทบ.....

ผลกระทบต่อสุขภาพ/อาการแสดง.....

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเพิ่มเติม

ลงชื่อ.....(ผู้ให้ข้อมูล)

(.....)

ลงชื่อ.....(เจ้าหน้าที่)

(.....)

ตำแหน่ง.....

แบบสัมภาษณ์เหตุรำคาญจากเสียงของแหล่งกำเนิดเสียง

วันที่ตรวจสอบ.....ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ (เริ่มต้น-
สิ้นสุด).....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแหล่งกำเนิดเสียง

1.1 ชื่อแหล่งกำเนิดเสียง.....

1.2 ที่ตั้งแหล่งกำเนิดเสียง เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

1.3 ชื่อเจ้าของหรือผู้ครอบครองกิจการ.....

1.4 ลักษณะของสถานที่ก่อเหตุ

- ☐ บ้านพักอาศัย
- ☐ ตลาด สถานที่จำหน่ายอาหารหรือสถานที่สะสมอาหาร (ระบุ)
- ☐ สถานประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ระบุ)
- ☐ โรงงาน (ระบุ)
- ☐ เกษตรกรรม (ระบุ)
- ☐ อื่นๆ (ระบุ)

1.5 ลักษณะอาคาร (บันทึกภาพนิ่งโดยตั้งวันที่ไว้ด้วย)

- ☐ เป็นอาคารโรงงานโดยเฉพาะสร้างด้วยวัสดุ จำนวน.....ชั้น
- ☐ เป็นบ้านพักสร้างด้วยวัสดุ จำนวน.....ชั้น
- ☐ เป็นตึกแถวหรือทาวน์เฮ้าส์สร้างด้วยวัสดุ จำนวน.....ชั้น
- ☐ อื่นๆ (ระบุ)

1.6 ใบอนุญาตประกอบกิจการ

- ☐ ไม่จำเป็นต้องมีใบอนุญาต
- ☐ ไม่มีใบอนุญาต
- ☐ มีใบอนุญาต
- ☐ โรงงาน (ระบุประเภท วันที่ได้รับอนุญาตและวันหมดอายุ)
- ☐ กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ระบุประเภท วันที่ได้รับอนุญาตและวันหมดอายุ)
- ☐ อื่นๆ (ระบุประเภท วันที่ได้รับอนุญาตและวันหมดอายุ)

1.7 ที่ตั้งของแหล่งกำเนิดเสียง

- ☐ อยู่ในย่านที่อยู่อาศัย
- ☐ อยู่ในย่านพาณิชยกรรม
- ☐ อยู่ในย่านอุตสาหกรรม
- ☐ อื่นๆ (ระบุ)

1.8 เวลาทำงานของสถานประกอบกิจการ/กิจกรรม ตั้งแต่เวลา.....น. ถึง.....น. รวม.....วัน/สัปดาห์

1.9 จำนวนพนักงาน/ผู้ปฏิบัติงาน.....คน

ส่วนที่ 2 กระบวนการทำงาน/กิจกรรม และปัจจัยเสี่ยง

2.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน ณ เวลาปัจจุบัน (อธิบายรายละเอียดกระบวนการโดยสังเขป)

.....

.....

.....

.....

.....

แผนผังกระบวนการดำเนินงาน (ถ้ามี)



2.2 ข้อมูลวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์ (ระบุชนิดและปริมาณของวัตถุดิบที่ใช้ในกระบวนการผลิต และปริมาณการผลิต)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

-3-

2.3 วิเคราะห์และระบุสาเหตุหรือกระบวนการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดเสียง (บันทึกภาพนิ่งและ/หรือ ภาพเคลื่อนไหวของแหล่งกำเนิดเสียงโดยตั้งวันที่ไว้ด้วย)

.....

.....

.....

.....

.....

2.4 ประสิทธิภาพของมาตรการที่ผู้ก่อเหตุที่ใช้ในการควบคุมเสียง (บันทึกภาพนิ่งและ/หรือภาพเคลื่อนไหว โดยตั้งเวลาและวันที่)

[illegible]

2.5 แผนผังอาคาร/แผนผังการประกอบกิจการ/แผนผังระบบหรือมาตรการในการควบคุมเสียง

-4-

-4-

2.6 ผลการประเมินของเจ้าหน้าที่ จากลักษณะเสียง ความต่อเนื่องของเสียง ระดับความดังเสียง ตัวอย่างเช่น ไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ และผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่ขณะตรวจสอบ เป็นต้น

[illegible]

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ:.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ:.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ:.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ:.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

แบบบันทึกการตรวจวัดเสียงรบกวน

ชื่อสถานประกอบการ/โรงงาน/เจ้าของ:

เลขที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

ลักษณะเสียงของแหล่งกำเนิด

☐ เสียงเกิดขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ 1 ชั่วโมงขึ้นไป

☐ เสียงเกิดขึ้นต่อเนื่องแต่ไม่ถึง 1 ชั่วโมง

☐ เสียงเกิดขึ้นไม่ต่อเนื่อง และเกิดขึ้นมากกว่า 1 ช่วงเวลา แต่ละช่วงเวลาเกิดขึ้นไม่ถึง 1 ชั่วโมง

☐ มีเสียงลักษณะพิเศษร่วมด้วย เช่น เสียงกระแทก เสียงแหลมดัง เสียงที่มีความสั่นสะเทือน

ช่วงเวลา/พื้นที่ที่เกิดเสียง

☐ กลางวัน (06.00 - 22.00 น.)

☐ กลางคืน (22.00 - 06.00 น.)

☐ พื้นที่ที่ต้องการความเงียบสงบ ระบุ.....

มาตรฐานเสียง ยี่ห้อ รุ่น มาตรฐาน IEC 61672 Class 1 หมายเลขเครื่อง

เครื่องกำเนิดสัญญาณเสียงอ้างอิง ยี่ห้อ รุ่น มาตรฐาน IEC 60942 Class 1 หมายเลขเครื่อง

สถานที่ วันและเวลาตรวจวัดเสียง

การตรวจวัดระดับเสียงพื้นฐานและระดับเสียงขณะไม่มีการรบกวน :

ห่างจากแหล่งกำเนิดเสียงประมาณ ม. วันที่ เวลา

การตรวจวัดระดับเสียงขณะเกิดเสียงของแหล่งกำเนิด :

ห่างจากแหล่งกำเนิดเสียงประมาณ ม. วันที่ เวลา

สภาพแวดล้อมของสถานที่ตรวจวัด :

การคำนวณและประมวลผล

ระดับเสียงขณะเกิดเสียงของแหล่งกำเนิด (L_{Aeq} นาที)		dB(A)
ระดับเสียงขณะไม่มีการรบกวน (L_{Aeq})		dB(A)
ระดับเสียงแหล่งกำเนิดที่ได้จากการคำนวณ		dB(A)
ใส่ "5" ถ้ามีเสียงกระแทก เสียงแหลมดัง เสียงที่มีความสั่นสะเทือน =>		
ระดับเสียงขณะมีการรบกวน		dB(A)
ระดับเสียงพื้นฐาน (L_{90})		dB(A)
ค่าระดับการรบกวน =		dB(A)

สรุปผลการตรวจวัดเสียงรบกวน ☐ เป็นเสียงรบกวน (มากกว่า 10 dB(A))

☐ ไม่เป็นเสียงรบกวน

ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ:

ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่ง
หน่วยงาน
ผู้ตรวจวัดและบันทึกผล