

## 封閉式吸菸區檢查合格證明

受檢查日期	年      月      日		
受檢查場所地址			
設置人	姓      名		
	連 絡 電 話		電子郵件或傳真
實地檢查 專業人員	姓      名		
	連 絡 電 話		電子郵件或傳真
	專業證照號碼		
專業機構	名      稱		
	地      址		
以下項目，經檢查均符合規定。			
<p>一、入口關閉時，內部為負壓，不得有菸煙逸出情事。</p> <p>二、有獨立連接外部空間之換氣設備。</p> <p>三、進入吸菸區入口之風速達每秒零點二公尺以上。</p> <p>四、內部換氣量每小時達該封閉式吸菸區空間十倍以上。</p> <p>五、設置滅火器或其他消防設備，及照明設施。</p> <p>六、清楚標示管理機關之緊急聯絡資訊及臺北市吸菸區設置管理要點第十一點第一款管理維護人員之資訊。</p>			
設置人簽名		(專業機構戳章)	
實地檢查人簽名			