

の要件に対する適合状況の確認結果

1. 測定の実施日等

(1) 事業場の名称	
(2) 測定の実施日時	
(3) 測定場所	
(4) 測定時間	
(5) 測定実施者	(所属) (氏名)

2. 喫煙専用室の概略図（主要な設備、測定機器の配置）

3. 測定結果

測定項目 (測定場所)	測定点の高さ (床から)	風向※ ¹	風速の 実測値※ ²
風向・風速 (喫煙専用室の 出入口)	上部	ア 非喫煙区域から喫煙専用室の内側へ イ その他 ()	m/s
	中央部	ア 非喫煙区域から喫煙専用室の内側へ イ その他 ()	m/s
	下部	ア 非喫煙区域から喫煙専用室の内側へ イ その他 ()	m/s

※1：当てはまる記号に○をすること。なお、イの場合は具体的に記述すること。

風向は、スモークテスター、線香等を利用して確認すること。

※2：2回以上測定して、その平均値を記載することが望ましい。