CANALES FURNITURE

REPORT

MANAGER:
(ENCARGADO) : _____

DATE:
(FECHA) : _____

DATE OF INCIDENTE:
(FECHA DEL INCIDENTE) : _____

LOCATION:
(LOCACIÓN) : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

EMPLOYEE SIGNATURE
(FIRMA DE EMPLEADO)

SUPERVISOR SIGNATURE
(FIRMA DE SUPERVISOR)