

فرم مشخصات نیروهای تخصصی شرکت‌های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای

نام/عنوان شرکت: ..... شماره ثبت: ..... تاریخ ثبت: .....

آدرس شرکت: ..... تلفن: ..... شماره: ..... کد پستی: .....

تاریخ شروع به کار در شرکت	نحوه همکاری با شرکت			سمت عنوان شغل در شرکت <sup>2</sup>	سابقه کار در زمینه ب.ح <sup>1</sup> (سال)	آخرین مدرک تحصیلی			کد ملی	تاریخ تولد	درصد سهام	نام خانوادگی	نام	رتبه
	پروژه‌های	پاره وقت	تمام وقت			سال اخذ	مقطع	رشته						
- کلیه مستندات ثبت شده در جدول ضمیمه گردد.														

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: ..... سمت در شرکت: ..... امضاء و تاریخ: .....

نماینده کمیته صدور مجوز: مراتب ثبت شده فوق تایید می گردد: بلی  خیر  ذکر موارد عدم انطباق: .....

..... تاریخ بازدید: ..... امضاء: .....

نظریه نهایی کمیته:

..... نیروهای متخصص موجود در شرکت از نظر کمی و کیفی مورد تایید است: بلی  خیر  ذکر اقدامات اصلاحی مورد نیاز: .....

..... تاریخ صدور نظریه: ..... امضاء رئیس/ دبیر کمیته: .....

<sup>1</sup> منظور از ب-ح بهداشت حرفه‌ای می باشد.

<sup>2</sup> منظور وظیفه ایست که فرد در شرکت برعهده دارد مانند: نمونه برداری / آنالیز نمونه‌ها/ مسئول آزمایشگاه/ مسئول دوره‌های آموزشی.