



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

مرکز بهداشت شهرستان

فرم ثبت نام متقاضیان مسئول بهداشت حرفه ای در کارگاه

تاریخ درخواست:.

اطلاعات فردی:

نام و نام خانوادگی	نام پدر	
تاریخ تولد	محل تولد	
شماره شناسنامه	کد ملی	
واحد کاری مورد تقاضا جهت اشتغال	تعداد پرسنل واحدکاری مورد تقاضا	
تمام وقت <input type="radio"/>	پاره وقت <input type="radio"/>	روزهای حضور: <input type="radio"/>

اطلاعات تماس:

تلفن همراه:
تلفن ثابت:
نمابر:
شهرستان محل اقامت:
آدرس پستی:
کد پستی ده رقمی:
پست الکترونیک:

اطلاعات تحصیلی:

آخرین مدرک تحصیلی	
رشته تحصیلی	
دانشگاه اخذ مدرک تحصیلی	
تاریخ اخذ گواهی قبولی در آزمون تعیین صلاحیت مسئول بهداشت حرفه ای:	

مهارت ها:

عالی	خوب	متوسط	ضعیف	
				میزان مهارتهای نرم افزاری
				میزان تسلط به زبان خارجی
				سایر مهارت ها

ج: سوابق کاری:

ردیف	نام محل کار	از تاریخ	تا تاریخ	نحوه اشتغال	
				تمام وقت	پاره وقت / روزهای حضور
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

ه: دوره های آموزشی گذرانده شده:

ردیف	عنوان دوره آموزشی	ردیف	عنوان دوره آموزشی
۱		۶	
۲		۷	
۳		۸	
۴		۹	
۵		۱۰	

سایر موارد:

توجه: کارشناسان بهداشت حرفه ای بایستی در اسرع وقت هرگونه تغییرات در واحد های مورد اشتغال و نیز تغییرات زمانی روزهای کاری خویش در واحد های کاری را کتبا به مراکز بهداشت شهرستان تحت پوشش اعلام نمایند.

اینجانب ضمن آگاهی از بخشنامه ها و دستورالعملهای اشتغال کارشناسان و مسئولین بهداشت حرفه ای در واحدهای کاری و تأیید درج کامل و صحیح اطلاعات فوق ، متعهد به رعایت کلیه ضوابط و شرح وظایف مربوطه، ارائه گزارشات درخواستی در موعد مقرر و همکاری با مراکز بهداشت در اجرای برنامه های اعلام شده می باشم

تاریخ و امضاء متقاضی: