

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مرکز سلامت محیط و کار

معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشت شهرستان مرکز بهداشتی درمانی (شهری □ روستایی □) پایگاه بهداشت □ خانه بهداشت □ نام

فرم بازرسی بهداشت حرفه ای از کارگاه های چندواحدی

اطلاعات عمومی	کد پستی ده رقمی کارگاه
---------------	------------------------------

نام کارگاه..... نام کارفرما..... کد ملی کارفرما	نوع مالکیت: خصوصی □ دولتی □ سایر □ مجوز فعالیت: دارد □ ندارد □
صادره از تاریخ راه اندازی / / ۱۳ آدرس: تلفن کارگاه..... نامبر.....	تلفن همراه:..... ایمیل کارفرما:..... نوع کارگاه: (خانگی □ غیر خانگی □) دائمی □ فصلی □
نام محصول اصلی: سه نوع از مواد اولیه اصلی: ۱-..... ۲-..... ۳-.....	نوع فعالیت: خدمات □ صنعت □ معدن □ کشاورزی □
کمیت حفاظت فنی و بهداشت کار: شامل می شود: بلی □ خیر □ (دارد □ ندارد □)	درجه خطر کارگاه: یک □ دو □ سه □ مشاغل خاص □
	تشکیلات بهداشتی موجود: ایستگاه بهگر □ خانه بهداشت کارگری □ مرکز بهداشت کار □

۱- تعداد شاغلین کارگاه به تفکیک جنس و شیفت کار	۲- توزیع تعداد شاغلین بهره مند از خدمات بهداشت حرفه ای به تفکیک نوع خدمت و واحد ارائه دهنده آن
--	--

شیفت	نوبت ۱		نوبت ۲		نوبت ۳		نوع واحد خدمت	نوع خدمت	نام و نوع مجوز:
	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار			
جنس							اندازه گیری و کنترل عوامل زیان آور		
مرد							آموزش		
زن							معاینات شغلی		
جمع									

۳- تأسیسات و تسهیلات بهداشتی (ماده ۱۵۶ قانون کار) و مراقبت بهداشتی									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

عنوان	نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳	عنوان	عدم شمول (-)	عدم شمول (-)
۱ آب آشامیدنی				۸ آشپزخانه		
۲ دستشویی				۹ سالن غذاخوری		
۳ نوات				۱۰ تعداد شاغلینی که با مواد غذایی سر و کار دارند		
۴ حمام / دوش				۱۱ تعداد شاغلین دارای کارت بهداشتی		
۵ رختکن و کمده لباس				۱۲ جعبه کمکهای اولیه		
۶ زباله				راهنمای جدول ۳:		
۷ فاضلاب				در صورت مناسب بودن از علامت ✓ و در صورت نامناسب بودن از علامت × استفاده شود.		

ملاحظات و نظریه کارشناس - نوبت ۱	ملاحظات و نظریه کارشناس - نوبت ۲	ملاحظات و نظریه کارشناس - نوبت ۳

نام و نام خانوادگی بازدید کننده: تاریخ بازرسی: / / ۱۳ امضاء: نام و نام خانوادگی و امضاء کارفرما یا نماینده تام الاختیار:	نام و نام خانوادگی بازدید کننده: تاریخ بازرسی: / / ۱۳ امضاء: نام و نام خانوادگی و امضاء کارفرما یا نماینده تام الاختیار:	نام و نام خانوادگی بازدید کننده: تاریخ بازرسی: / / ۱۳ امضاء: نام و نام خانوادگی و امضاء کارفرما یا نماینده تام الاختیار:
---	---	---

