

فرم گزارش بازرسی های طرح تشدید بهداشت حرفه ای

شبکه بهداشت و درمان پیشوا

ردیف	نام کارگاه	نام و نام خانوادگی	آدرس و تلفن	نوع اقدام (نقص بهداشتی - خطایه - تعزیرات)
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

نام و نام خانوادگی بازرس:

امضاء:

تاریخ بازرسی: