

فرم بررسی فضای فیزیکی شرکت ارائه خدمات بهداشت حرفه‌ای

نام / عنوان شرکت: سطح ارائه خدمات مورد تقاضا: تاریخ بازدید:

نوع کاربری: الف) تجاری O، ب) دولتی یا وابسته به دولت O، سایر O با ذکر وضعیت:

نوع خدمات که شرکت ارائه خواهد نمود: الف) بهداشت حرفه‌ای O ب) سایر خدمات O ذکر نوع خدمات:

آدرس: کد پستی: تلفن: شماره:

جدول مشخصات شرایط فیزیکی شرکت

سطح 3		سطح 2		سطح 1		بخش عوامل فیزیکی وارگونومی
فضاى موجود (طول × عرض)	بُنارد	فضاى موجود (طول × عرض)	بُنارد	فضاى موجود (طول × عرض)	بُنارد	
						قسمت اداری و مراجعین
						بخش عوامل شیمیایی
مجهز به اتاقک آکوستیک	فاقد اتاقک آکوستیک					اتاق ادیومتری
دارد مناسب	دارد نامناسب	دارد نامناسب	دارد مناسب	دارد نامناسب	دارد مناسب	تسهیلات بهداشتی

در سردرب شرکت تابلوی راهنما حاوی نام و آرم شرکت، مرجع صدور مجوز و شماره ثبت شرکت ها وجود دارد؟ بلی **، خیر **

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

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

نام و نام خانوادگی نماینده: تاریخ بازدید: امضاء:

نظریه نهایی کمیته:

مطابق با دستورالعمل شرکت های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای، شرکت کاملاً منطبق با سطح است: بلی **

خیر ** در صورت عدم انطباق کامل، شرایط فیزیکی مورد نیاز برای انطباق با سطح شامل:

تاریخ صدور نظریه: امضاء رئیس / دبیر کمیته: