وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..................

**نتايج كنترل كيفي آب استخرهاي شنا**

**سه ماهه............سال .............**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام شهرستان** | **تعداد استخرهاي شنا** | **تعداد بازديد هاي انجام شده** | **كلر سنجي** | | | | **pH** | | **كدورت** | | **كليفرم گرما پاي** | | **باكتري هاي هتروتروف** | |
| **کل** | **مطلوب** | **نامطلوب** | | **کل** | **مطلوب** | **کل** | **مطلوب** | **کل** | **مطلوب** | **کل** | **مطلوب** |
| **صفر** | **سایر موارد** |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نتايج كنترل كيفي آب شناگاه هاي طبيعي**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام شهرستان** | **تعداد شناگاههاي طبيعي** | **تعداد بازديدانجام شده** | **آنترو كوك هاي روده اي** | |
| **کل** | **مطلوب** |
|  |  |  |  |  |  |

نام و نام خانوادگی كارشناس بهداشت آب وفاضلاب نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول بهداشت محیط

امضاء امضاء