

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 □ غیرخانگی □) دائمی □ فصلی □ نوع فعالیت: خدمات □ صنعت □ معدن □ کشاورزی □ نام محصول اصلی: سه نوع از مواد اولیه اصلی: ۱-..... ۲-..... ۳-..... درجه خطر کارگاه: یک □ دو □ سه □ مشاغل خاص □ کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار: شامل میشود: بلی □ خیر □ (دارد □ ندارد □) تسهیلات بهداشتی موجود: ایستگاه بهگر □ خانه بهداشت کارگری □ مرکز بهداشت کار □		

۱- تعداد شاغلین کارگاه به تفکیک جنس و شیفت کار		۲- توزیع تعداد شاغلین بهره‌مند از خدمات بهداشت حرفه‌ای به تفکیک نوع خدمت و واحد ارائه دهنده آن				
شیفت	نوبت ۱		نوبت ۲		نوبت ۳	
	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار
جنس	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار
مرد						
زن						
جمع						

۳- تأسیسات و تسهیلات بهداشتی (ماده ۱۵۶ قانون کار) و مراقبت بهداشتی									
عنوان	نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳	عنوان	عدم شمول (-)	نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳	عدم شمول (-)
۱ آب آشامیدنی				۸ آشپزخانه					
۲ دستشویی				۹ سالن غذاخوری					
۳ توالت				۱۰ تعداد شاغلینیکه 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:

