

فرم شماره دو	درخواست بررسی و تطبیق مشاغل بیمه شده در کارهای سخت و زیان آور			
<p style="text-align: right;">الف) مشخصات کارفرما و کارگاه</p> <p>نام و نام خانوادگی کارفرما: نام کارگاه: کد کارگاه: کد پستی:</p> <p>نوع فعالیت: نشانی: استان: شهرستان: خیابان: کوچه:</p> <p>محصول تولیدی: شماره تلفن:</p> <p style="text-align: right;">ب) مشاغل سخت و زیان آور مورد ادعای کارفرما و کارگاه:</p>				
شرح علل، دلایل، مدارک و مستندات مبتنی بر سخت و زیان آور شغل (مستندات پیوست شود)	میزان تماس	شرح شغل	عنوان شغل	ردیف
				۱
				۲
				۳
				۴
				۵
<p>نام و نام خانوادگی درخواست کننده: سمت: محل امضا و تاریخ</p>				
<p style="text-align: right;">تاریخ و شماره ثبت در اداره کار محل:</p>				