

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 □) تشکیلات 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		نوع واحد / نوع خدمت	نوع و نوع مجوز:
	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار		
جنس							اندازه‌گیری و کنترل عوامل زیان‌آور	
مرد							آموزش	
زن							معاينات شغلی	
جمع								

**۳- تأسیسات و تسهیلات بهداشتی (ماده ۱۵۶ قانون کار) و مراقبت بهداشتی**

عنوان	نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳	عنوان	عدم شمول (-)
۱ آب آشامیدنی				۸ آشپزخانه	
۲ دستشویی				۹ سالن غذاخوری	
۳ نوات				۱۰ تعداد شاغلینی که 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:

