فرم مشخصات نیروهای تخصصی شرکت‌های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای

نام/ عنوان شرکت:..... **شماره ثبت:**.....**تاریخ ثبت:**.....

آدرس شرکت: ..... **تلفن:**..... **نمابر:**..... **کد پستی:**.....

ردیف	نام	نام خانوادگی	درصد سهام	تاریخ تولد	کد ملی	آخرین مدرک تحصیلی			سابقه کار در زمینه ب. ح[1] (سال)	سمت /عنوان شغل درشرکت[2]	نحوه همکاری با شرکت			تاریخ شروع به کار در شرکت
						رشته	مقطع	سال اخذ			تمام وقت	پاره وقت	پروژه‌ای	
- کلیه مستندات ثبت شده در جدول ضمیمه گردد.														

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: ..... **سمت در شرکت:**..... **امضاء و تاریخ:**.....

نماینده کمیته صدور مجوز: مراتب ثبت شده فوق تایید می گردد : بلی □ خیر □ ذکر موارد عدم انطباق :.....

.....**تاریخ بازدید:**..... **امضاء:**.....

نظریه نهایی کمیته:

با توجه به فعالیت شرکت:..... **نیروهای متخصص موجود در شرکت از نظر کمی وکیفی مورد تایید است : بلی □ خیر □ ذکر اقدامات اصلاحی مورد نیاز:** .....

..... **تاریخ صدور نظریه:**..... **امضاء رئیس/ دبیرکمیته:**.....

[1] منظور از ب-ح بهداشت حرفه‌ای می باشد.

[2] منظور وظیفه ایست که فرد در شرکت برعهده دارد مانند: نمونه برداری / آنالیز نمونه‌ها/ مسئول آزمایشگاه/ مسئول دوره‌های آموزشی.