

دستورالعمل اجرایی آیین نامه نحوه ارائه خدمات سلامت کار

به استناد مفاد آئین نامه شماره ۹۷۳۹ مورخ ۸۱/۶/۲۰ نحوه ارائه خدمات سلامت کار مصوب مقام محترم وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بدین وسیله دستورالعمل اجرایی آیین نامه مذکور جهت اجرا ابلاغ می گردد.

فصل اول: کارکنان شرکت

الف - خدمات طب کار

- ۱- کلیه پزشکانی که به عنوان مؤسس و مسئول فنی و یا سایر نیروهای تخصصی در شرکت فعالیت خواهند نمود باید نظریه سازمان نظام پزشکی مبنی بر عدم محکومیت انتظامی را ارائه نمایند.
- ۲- حداکثر تعداد پزشکان دوره دیده طب کار که تحت نظارت مسئول فنی شرکت به انجام معاینات کارگری خواهند پرداخت به شرح ذیل تعیین میگردد:
 - ۲-۱ - چنانچه مسئول فنی شرکت ارائه دهنده خدمات طب کار متخصص طب کار باشد حداکثر تعداد پزشکان دوره دیده طب کار تحت نظارت وی ۴ نفر خواهد بود؛
 - ۲-۲ - چنانچه مسئول فنی ارائه دهنده خدمات طب کار پزشک MPH باشد حداکثر تعداد پزشکان دوره دیده طب کار تحت نظارت وی ۳ نفر خواهد بود؛
 - ۲-۳ - چنانچه مسئول فنی ارائه دهنده خدمات طب کار پزشک دوره دیده MOSME باشد حداکثر تعداد پزشکان دوره دیده طب کار تحت نظارت وی ۴ نفر خواهد بود؛
 - ۲-۴ - برای ارائه معاینات کارگری بازاء هر ۲ نفر پزشک معاینه کننده به کارگیری حداقل یک کارشناس بهداشت حرفه ای الزامی است .
- ۲- حداکثر تعداد نیروهای انسانی تحت نظارت مسئول فنی بدون احتساب تعداد پرسنل آزمایشگاه بهداشت حرفه ای (در صورت دارا بودن آزمایشگاه بهداشت حرفه ای) به شرح ذیل تعیین میگردد:
 - ۲-۱ - چنانچه مسئول فنی دکتر ی بهداشت حرفه ای باشد حداکثر تعداد کارشناسان بهداشت حرفه ای تحت نظارت وی ۶ نفر است؛
 - ۲-۲ - چنانچه مسئول فنی کارشناس ارشد بهداشت حرفه ای باشد حداکثر تعداد کارشناسان بهداشت حرفه ای تحت نظارت وی ۴ نفر است؛
 - ۲-۳ - چنانچه مسئول فنی کارشناس بهداشت حرفه ای باشد حداکثر تعداد کارشناسان بهداشت حرفه ای تحت نظارت وی ۲ نفر است .
- ۴- اعلام اسامی پیراپزشکان شاغل در شرکت به همراه تصویر برابر اصل ازمدرک تحصیلی و گواهی پایان طرح لایحه نیروی انسانی آنان در صورت ارائه خدمات پاراکلینیکی توسط شرکت ، الزامی است .

۵- در صورت ارائه خدمات ادیومتری و اپتومتری و آزمایشات تشخیص طبی و رادیولوژی و امثالهم که برای آیین نامه های جاری بایستی از معاونت درمان مجوز اخذ نمایند ، ارائه تصویر برابر اصل گواهینامه های مربوطه الزامی است .

ب - خدمات بهداشت حرفه ای

۱- کلیه فارغ التحصیلان بهداشت حرفه ای که بعنوان مؤسس ، مسئول فنی و یا سایر نیروهای تخصصی در شرکت فعالیت خواهند نمود باید تصویر برابر اصل مدرک تحصیلی و گواهی پایان طرح نیروی انسانی یا معافیت از طرح خود را به دبیرخانه کمیته استانی ارائه نمایند .

۲- حداقل تعداد نیروی انسانی مورد نیاز شرکت برای ارائه خدمات بهداشت حرفه ای به شرح ذیل تعیین می گردد:

۱-۲- فارغ التحصیل بهداشت حرفه ای با مدارک دکتری بهداشت حرفه ای یا کارشناس ارشد بهداشت حرفه ای یا کارشناس بهداشت حرفه ای حداقل یک نفر؛

۲-۲- کاردان بهداشت حرفه ای حداقل یک نفر و در صورت بکارگیری بیش از ۲ نفر کارشناس بهداشت حرفه ای به ازاء هر دو کارشناس یک نفر کاردان بهداشت حرفه ای .

ج- حداقل تعداد نیروی متخصص و مدارک تحصیلی مورد نیاز شرکتهای ارائه دهنده خدمات سلامت کار مطابق با مفاد مجموعه بندهای الف و ب این دستورالعمل خواهد بود .

د- مسئول فنی الزاماً از سهامداران و از اعضای هیأت مدیره خواهد بود .

فصل دوم : شرح وظایف مسئول فنی شرکت :

وظایف مسئول فنی شرکت باتوجه به نوع خدمات به شرح ذیل تعیین می گردد.

الف : خدمات بهداشت حرفه ای

- ۱- بررسی ، تجزیه و تحلیل و تایید امضاء کلیه فعالیتهای بهداشت حرفه ای شامل گزارشات بررسی مقدماتی ، نمونه برداری ، اندازه گیری ، ارزشیابی عوامل زیان آور محیط کار.
- ۲- بررسی و تحلیل کلیه طرحهای فنی - مهندسی کنترل یا حذف عوامل زیان آور و رفع نواقص بهداشتی محیط کار قبل و پس از اجرا .
- ۳- بررسی گزارشات درارتباط با تجزیه و تحلیل مشاغل و بررسی عوامل ارگونومیک ، طرحهای ارگونومی و تایید امضاء کلیه گزارشات تخصصی مربوطه .
- ۴-تنظیم و تأیید کلیه آمار واطلاعات وارسال آن به معاونت بهداشتی دانشگاه ذیربط هر ۳ ماه یکبار .

ب : خدمات طب کار :

- ۱- بررسی کلیه فرمهای معاینات کارگری که توسط پزشکان دوره دیده طب کار شرکت تکمیل گردیده و تایید و امضاء نهایی هریک از آنها.
- ۲- تهیه برنامه زمانبندی بازدید حضوری از فعالیت پزشک دوره دیده طب کار درمحل و نظارت فنی و تخصصی برکیفیت معاینات کارگری درحین انجام آن .
- ۳- تنظیم و تأیید آمار و اطلاعات مرتبط با مراقبتهای بهداشتی درمانی شاغلین و بیماریهای شایع در بین آنان و ارسال آن به معاونت بهداشتی دانشگاه ذیربط هر ۳ ماه یکبار.
- ۴- نظارت بر نحوه ارائه کمکهای اولیه و درمان سرپایی در موارد فوریتهای پزشکی در صورتی که شرکت مجوز ارائه اینگونه خدمات را دریافت نموده باشد وارسال گزارش موارد مربوط به مسمومیتها و حوادث ناشی از کار به معاونت بهداشتی دانشگاه ذیربط هر ۳ ماه یکبار.
- ۵- بررسی و تعیین مراکز پاراکلینیکی وکلینیکهای تخصصی و برنامه ریزی و نظارت بر حسن اجرای سیستم ارجاع و پیگیری تا حصول نتیجه وارسال گزارش موارد ارجاع به معاونت بهداشتی دانشگاه هر ۳ ماه یکبار.

هر ۳ ماه یکبار.

- ۶- نظارت بر عملکرد واطمینان از سالم بودن وسایل و تجهیزات مورد استفاده در بخش کلینیکی و پاراکلینیکی شرکت .

ج- وظایف مسئولین فنی شرکتهای ارائه دهنده خدمات سلامت کار به تفکیک بهداشت حرفه ای و طب کار به ترتیب منطبق بر بند الف و بند ب فصل دوم این دستورالعمل می باشد .

د: مسئولیت همه امور تخصصی شرکت برعهده مسئول فنی شرکت: بوده و کلیه گزارشات تخصصی باید به امضاء مسئول فنی برای افراد و مؤسسات ذیربط (حسب مورد : کارفرمایان طرف قرارداد - معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه و سایر) ارسال شود .

فصل سوم: نحوه بررسی درخواست متقاضیان و صدور مجوز فعالیت

۱- جهت انجام معاینات پزشکی و خدمات پاراکلینیکی، شرکت باید پروانه و مجوزهای لازم و ادراکات با تایید شرایط محل کار از معاونت درمان دانشگاه / دانشکده ذیربط یا وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی را کسب نموده باشد.

۲- شرکت موظف است مدارک و اسناد مورد نیاز و نیز کلیه پرسشنامه ها و فرمها و متن کامل قرارداد مطابق با مراتب مندرج در دستورالعمل اجرایی این آیین نامه را پس از تکمیل جهت بررسی به دبیرخانه کمیته صدور مجوز شرکتهای خصوصی ارائه دهنده خدمت سلامت کار تسلیم تا کمیته پس از بررسی مدارک و تطبیق شرایط موجود با مفاد آیین نامه و دستورالعمل اجرایی آن نسبت به صدور مجوز اقدام نماید.

اعضاء کمیته صدور مجوز به شرح ذیل میباشد:

الف - معاونت بهداشتی دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ذیربط که رئیس کمیته خواهد بود.

ب - کارشناس مسئول بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی - دانشکده / دانشگاه ذیربط که دبیر کمیته خواهد بود.

ج - کارشناس مسئول بهداشت حرفه ای مرکز بهداشت شهرستان ذیربط

د - کارشناس بهداشت حرفه ای از حوزه فعالیت معاونت بهداشتی دانشکده / دانشگاه ذیربط با معرفی کارشناس مسئول بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشکده / دانشگاه ذیربط.

محل دبیرخانه کمیته واحد بهداشت حرفه ای دانشکده / دانشگاه ذیربط می باشد.

۵- در صورت تطبیق شرایط و ضوابط شرکت درخواست کننده مجوز با آیین نامه و دستورالعمل اجرایی آن، کمیته نسبت به ارائه گواهینامه مجوز فعالیت برای شرکت ذیربط مطابق با فرم مندرج در دستورالعمل اجرایی این آیین نامه اقدام می نماید.

و- مدت اعتبار مجوز صادره از تاریخ صدور به مدت ۲ سال می باشد و پس از پایان مهلت قانونی با درخواست کتبی شرکت مبنی بر ادامه فعالیت، موضوع در کمیته مطرح و در صورت تایید عملکرد شرکت در طی مدت یاد شده و تطبیق شرایط شرکت با کلیه ضوابط و مقررات جاری مجوز برای ۲ سال دیگر تمدید خواهد گردید.

ز - شرکتهای دارای مجوز فعالیت میتوانند حداکثر به ۲ دانشکده / دانشگاه همجوار که فاقد شرکت ارائه کننده خدمات سلامت کار هستند با صلاحیت معاونت بهداشتی دانشکده / دانشگاه ذیربط خدمات موضوع این آیین نامه را ارائه نمایند.

فصل چهارم: نظارت و پایش و ارزشیابی

۱- کلیه شرکتهای موضوع این آیین نامه موظف هستند هر ۳ ماه یکبار گزارش و عملکرد خود را مطابق با فرمهای مورد تایید مرکز سلامت محیط و کار به دبیرخانه کمیته صدورمجوز ارائه و رسید دریافت نمایند.

۲- در صورت عدم رعایت مقررات و ضوابط ذیل موارد پس از بررسی در کمیته صدورمجوز نسبت به لغو مجوز صادره اقدام و مراتب به صورت بخشنامه به اطلاع کلیه مراکز بهداشتی تحت پوشش و مرکز سلامت محیط و کار جهت ابلاغ به واحد های تولیدی، خدماتی فنی اعلام خواهد گردید؛

۲-۱ - عدم ارسال اطلاعات به موقع به دبیرخانه کمیته در ارتباط با هرگونه تغییر پرسنلی در شرکت شامل مسئول، مسئولین فنی و سایر نیروهای تخصصی در شرکت؛

۲-۲ - در صورت جایگزینی پرسنل جدید و عدم احراز شرایط مندرج در این آیین نامه و دستورالعمل اجرایی آن؛

۲-۳ - عدم ارسال اطلاعات به موقع در خصوص جابجایی محل و آدرس شرکت؛

۲-۴ - عدم ارسال یک نسخه از کلیه قراردادهای منعقد فی مابین شرکت و کارفرمایان؛

۲-۵ - عدم ارسال فرمهای آماری تکمیل شده و گزارشات در خصوص فعالیت های شرکت؛

۲-۶ - عدم رعایت ضوابط کمی و کیفی موجود در قوانین آیین نامه ها دستورالعمل ها و بخشنامه ها،

برنامه و طرحهای رسمی مرتبط با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛

۲-۷ - باتوجه به عملکرد شرکت عدم کارآیی در ارتباط با شرح و وظایف مندرج در اساسنامه در کمیته

استانی محرز گردیده باشد.

۳- مدت زمان بین صدور حکم لغو مجوز شرکت تا صدور صلاحیت فعالیت شرکت حداقل ۳ ماه

خواهد بود.

فصل پنجم: فضای فیزیکی شرکت و تجهیزات مربوطه

۱- چنانچه طب کار دارای بخشهای پاراکلینیکی (ایومتری ، اپتومتری و ..) باشد باید از نظر دستگاهها و تجهیزات باآیین نامه ها و ضوابط مورد تایید وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی منطبق باشد .

۲- شرکت موظف است حداقل فضا $4m \times 2m$ باتهویه مناسب و کلیه تجهیزات معاینات بالینی مندرج درآیین نامه را فراهم نموده باشد .

۴- شرکت حداقل فضا $4m \times 2m$ را با امکانات و تجهیزات اداری مناسب از قبیل میز و صندلی فایل و... برای انجام امور اداری مالی و خدماتی را تامین نماید.

فصل ششم: فرمها و پرسشنامه ها

شرکت موظف است یک نسخه از متن قراردادی را که براساس آن قراردادها را منعقد خواهد نمود را ارائه نماید. در متن مذکور حداقل موارد قابل ذیل باید دقیقاً تعریف شوند:

- ۱- موضوع قرارداد: باید بصورت واضح و دقیق نوع خدمات و حجم کار مشخص شود.
- ۲- وظایف و تعهدات شرکت.
- ۳- وظایف و تعهدات کارفرمایان.
- ۴- مدت اجرای قرارداد و محل انجام فعالیت ها.
- ۵- روند اجرای کار.
- ۶- مبلغ قرارداد.
- ۷- مرجع حل اختلاف.

فصل هفتم: مقررات عمومی

- ۱- در صورت بروز اختلاف نظر کارشناسی بین شرکت ها و طرف قرارداد معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده زیربط اعلام نظر خواهند نمود.
- ۲- کمیته صدور مجوز معاونت‌های بهداشتی دانشگاه / دانشکده های زیربط مکلفند هر ۶ ماه یکبار شرکت های ارائه دهنده خدمت را مورد ارزیابی قرار داده و اقدامات لازم را بعمل آورند. معاونت‌های بهداشتی دانشگاه / دانشکده زیربط موظفند یک نسخه از برگ صلاحیت داده شده و نتیجه ارزیابی شرکت های مذکور و نیز موارد لغو مجوز را به مرکز سلامت محیط و کار ارسال نمایند.

مشخصات مؤسس / مؤسسین شرکت

فرم شماره ۱

کد شناسایی شرکت :

۲- تاریخ تغییر نام :

۲- نام قبلی شرکت :

نام شرکت :

۴- نشانی شرکت :

۷- کدپستی :

۶- نمابر :

۵- تلفن :

۸- نوع خدمات که شرکت ارائه خواهد نمود :

بهداشت کار

طب کار

بهداشت حرفه ای

نیمه دولتی

دولتی

تعاونی

۹- نوع شرکت : سهامی خاص

۱۰- مشخصات مؤسس / مؤسسین شرکت :

مشاغل قبلی	شغل فعلی	تاریخ اخذ مجوز یا گواهینامه				مدرک تحصیلی	نام و نام خانوادگی	ردیف
		بازآموزی مدون طب کار	پروانه دائم	پایان طرح	مدرک تحصیلی			

مهر شرکت

امضاء :

تاریخ تکمیل فرم :

نام و نام خانوادگی مدیر عامل :

کد شناسایی شرکت :

نام شرکت : ۲- نام قبلی شرکت : ۲- تاریخ تغییر نام :

۴- نشانی شرکت :

۵- تلفن : ۶- شماره : ۷- کدپستی :

۸- نوع خدمات که شرکت ارائه خواهد نمود :

بهداشت حرفه ای طب کار بهداشت کار

۹- نوع شرکت : سهامی خاص تعاونی مرکز بهداشتی، درمانی : دولتی نیمه دولتی

۱- مشخصات مسئول / مسئولین فنی شرکت :

۲- مسئول فنی خدمات بهداشت حرفه ای :

۳- نام و نام خانوادگی : جنس : زن مرد نام پدر :

تاریخ تولد : شماره شناسنامه :

آخرین مدرک تحصیلی : رشته تحصیلی : نام دانشگاه / دانشکده :

کشور : سال اخذ مدرک :

درصد سهام متعلق به مسئول فنی :

سوابق شغلی مسئول فنی خدمات بهداشت حرفه ای ظرف ۱۰ سال گذشته :

ردیف	نام محل استخدام	نام قسمت	آخرین سمت	تاریخ شروع بکار	تاریخ خاتمه کار	عنوان اهم فعالیت انجام شده
۱						

۲- مسئول فنی خدمات طب کار :

نام و نام خانوادگی : جنس : زن مرد نام پدر : تاریخ تولد :

شماره شناسنامه : آخرین مدرک تحصیلی : رشته تحصیلی :

نام دانشگاه / دانشکده : کشور : سال اخذ مدرک :

سال اخذ گواهینامه بازآموزی طب کار : محل اخذ گواهینامه : سال اخذ گواهینامه

موفقیت در آزمون کمیته فنی بهداشت حرفه ای کشور :

شماره : تاریخ : محل صدور : درصد سهام متعلق به مسئول فنی :

سوابق شغلی مسئول فنی خدمات طب کار ظرف ۱۰ سال گذشته :

ردیف	نام محل استخدام	نام قسمت	آخرین سمت	تاریخ شروع بکار	تاریخ خاتمه کار	عنوان اهم فعالیت انجام شده

الف - بهداشت حرفه ای :

مشخصات نیروهای تخصصی شرکت :

ب- فرم شماره ۳ :

نحوه همکاری با شرکت		مهارتها بر اساس سوابق کار	مشاغل فعلی (سابقه)	سابقه کار	شغل فعلی	محل اخذ مدرک	سال اخذ آخرین مدرک	مدرک و رشته تحصیلی	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	نام پدر	نام خانوادگی	نام
پاره وقت	تمام وقت												

نام و نام خانوادگی مدیر عامل :

نام و نام خانوادگی مسئول فنی بهداشت حرفه ای :

امضاء :

تاریخ :

امضاء :

تاریخ :

مهر شرکت :

ب: طب کار

مشخصات نیروهای تخصصی شرکت:

فرم شماره: ۳

نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	مدرک و رشته تحصیلی	سال اخذ گواهینامه بارآموزی طب کار	شغل فعلی	سابقه کار	نحوه همکاری با شرکت		مشاغل قبلی (سابقه)	مهارتها براساس سوابق کاری
									تمام وقت	پاره وقت		

نام و نام خانوادگی مدیر عامل:
امضاء: تاریخ:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی: ~~محمد علی~~
امضاء: تاریخ: مهر شرکت:

ج- آزمایشگاه بهداشت حرفه ای

مشخصات نیروهای تخصصی شرکت:

: فرم شماره ۵

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	آخرین مدرک تحصیلی		نحوه همکاری با شرکت			شغل فعلی	سابقه کار	مشاغل قبلی (سابقه)	مهارتها براساس سوابق کاری
					نوع رشته	سال اخذ	سمت	پاره وقت	تمام وقت				

نام و نام خانوادگی مدیر عامل:

امضاء: تاریخ:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی بهداشت حرفه ای:

امضاء: تاریخ: مهر شرکت:

مهارتها براساس سوابق کاری	مشاغل قبلی (سابقه)	سابقه کار	شغل فعلی	نحوه همکاری با شرکت			آخرین مدرک تحصیلی		تاریخ تولد	شماره شناسنامه	نام پدر	نام خانوادگی	نام
				تمام وقت	پاره وقت	سعت	سال اخذ	نوع رشته					

نام و نام خانوادگی مسئول فنی بهداشت حرفه ای:

نام و نام خانوادگی مدیر عامل:

مهر شرکت:

تاریخ:

امضاء:

تاریخ:

امضاء:

تعهد نامه مسئول / مسئولین فنی شرکت

فرم شماره ۷

اینجانب :

نام پدر :

شماره شناسنامه :

سال تولد :

دارای مدرک تحصیلی

که تحت عنوان مسئول فنی بهداشت حرفه ای طب کار

در شرکت

انجام وظیفه خواهم نمود ، تعهد می نماید مطابق با شرح وظایف

مدون در دستورالعمل اجرایی آیین نامه شرکت و موسسات ارائه دهنده خدمات بهداشت کار ، کلیه مسئولیت ها

را بطور کامل تحت نظارت ، پایش ، ارزشیابی و کنترل شخصاً سرپرستی نموده در غیر اینصورت کلیه

خسارات مالی و اعتباری وارده به شرکت در اثر لغو پروانه شرکت تحت شرایط زیر را متقبل گردم :

۱- لغو پروانه برای بار اول تخلف بمدت یکماه ؛

۲- لغو پروانه برای بار دوم تخلف بمدت سه ماه ؛

۳- لغو کامل پروانه برای بار سوم تخلف .

امضاء :

تاریخ :

مهر شرکت :

اینجانب: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ سال تولد: _____
دارای مدرک تحصیلی _____ انجام وظیفه خواهم نمود، تعهد می نماید کلیه ضوابط مندرج در آیین
نامه شرکت موسسات ارائه دهنده خدمات بهداشت کار و دستورالعمل اجرایی آنرا رعایت نموده و در صورت
عدم رعایت و مقررات و ضوابط مندرج در ماده ۲۴ آئین نامه خسارات مالی و اعتباری ناشی از لغو پروانه
شرکت تحت شرایط ذیل را متقبل گردم:

۱- لغو پروانه برای بار اول تخلف بمدت یکماه؛

۲- لغو پروانه برای بار دوم تخلف بمدت سه ماه؛

۳- لغو کامل پروانه برای بار سوم تخلف.

امضاء:

تاریخ:

مهر شرکت:

موافقت نامه همکاری موسسات معتبر ارائه دهنده خدمات پاراکلینیکی با شرکت فرم شماره ۹

اینجانب مدیریت شرکت / مؤسسه
 انجام آزمایشات کلیه شاغلین اعزامی از طرف شرکت
 تعهد می نمایم مطابق با جدول ذیل نسبت به
 به مدیریت عامل
 ویا اعزام تیمهای سیاری برای موارد نظیر خون گیری و غیر اقدام نماید .
 لغایت

ردیف	نوع خدمت	محل ارائه خدمت	شماره مجوز	تاریخ مجوز	تاریخ اعتبار مجوز	مقام صادر کننده مجوز	تعداد پرسنل تخصصی

امضاء مدیریت شرکت همکار

امضاء مدیر عامل شرکت

تاریخ :

مهر شرکت :

تاریخ :

مهر شرکت :

امضاء مسئول فنی طب کار شرکت :

تاریخ :

مهر :

نتیجه بررسی کمیته استانی

امضاء امضاء کمیته استانی :

اینجانب مدیریت یا مسئول آزمایشگاه بهداشت حرفه ای
 مطابق با جدول ذیل نسبت به نمونه برداری، اندازه گیری، ارزشیابی عوامل زیان آور محیط کار و فاکتورهای
 ارگونومیک بنا بر درخواست شرکت به مدیریت عامل از تاریخ
 لغایت اقدام نمایم.

ردیف	نوع خدمت	محل ارائه خدمت	شماره مجوز	تاریخ مجوز	تاریخ اعتبار مجوز	مقام صادر کننده مجوز	تعداد پرسنل تخصصی

امضاء مدیریت شرکت همکار

تاریخ: مهر شرکت:

امضاء مدیر عامل شرکت

تاریخ: مهر شرکت:

امضاء مسئول فنی طب کار شرکت:

تاریخ: مهر:

نتیجه بررسی کمیته استانی:

.....

امضاء اعضای کمیته استانی:

۱۱ - اینجانب : مسئول فنی بهداشت حرفه ای شرکت
ضمن تأیید مراتب فوق متعهد می گردم که در شرکت دیگری بعنوان مسئول فنی خدمت ننمایم .

امضاء : تاریخ :

۱۲ - اینجانب : مسئول فنی طب کار شرکت
ضمن تأیید مراتب فوق متعهد می گردد که در شرکت دیگری بعنوان مسئول فنی خدمت ننمایم .

امضاء : تاریخ : مهر :

۱۳ - سایر توضیحات در خصوص تحصیلات و سابقه کار مسئول / مسئولین فنی شرکت :

نام : نام خانوادگی مدیر عامل : امضاء : مهر شرکت :

نتیجه بررسی کمیته استان :

امضاء اعضای کمیته :