

تاریخ:

شماره:

بسمه تعالی

از: شرکت.....

به : واحد بهداشت حرفه ای و طب کار شبکه بهداشت شهرستان قرچک

سلام علیکم

احتراماً بدینوسیله خانم/آقای..... شاغل در کارگاه.....

به آدرس..... با کد ملی..... جهت انجام

معاینات دوره ای □ بدو اسـتخدام □ مـوردی □ جهت شـغل

..... حضورتان معرفی می گردد.

مدت مواجهه در روز (ساعت)	نوع عامل زیان آور	رتبه بهداشتی	مدت مواجهه در روز (ساعت)	نوع عامل زیان آور	رتبه بهداشتی
	گاز و بخارات (نام.....)	۱۱		صدا (میزان.....)	۱
	عوامل بیولوژیک (نام.....)	۱۲		ارتعاش	۲
	ایستادن یا نشستن طولانی مدت	۱۳		اشعه غیر یونیزان (نام.....)	۳
	کار تکراری (میزان.....)	۱۴		اشعه یونیزان (نام.....)	۴
	حمل و نقل بار سنگین (میزان.....)	۱۵		استرس حرارتی (نام.....)	۵
	وضعیت نامناسب بدن	۱۶		گردوغبار (نام.....)	۶
	نوبت کاری	۱۷		دمه فلزات (نام.....)	۷
	استرسورهای شغلی (نام.....)	۱۸		حلال (نام.....)	۸
	سایر عوامل زیان آور (نام.....)	۱۹		آفت کشتهها (نام.....)	۹
	سایر عوامل زیان آور	۲۰		اسید و بازها (نام.....)	۱۰

**همراه داشتن این برگه در کلیه مراحل انجام معاینات الزامی می باشد

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم

محل مراجعه: قرچک - خیابان محمدآباد - نبش کوچه مهدیه ۳۰ - مرکز بهداشت امام

زمان (عج) - زیر زمین