

معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم " تایید صلاحیت شرکت مهمان برای ارائه خدمات بهداشت حرفه‌ای "

با استناد ماده 38 و 39 دستورالعمل شرکت‌های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای به شرکت.....که دارای مجوز فعالیت بهداشت حرفه‌ای در سطحاز معاونت بهداشتی دانشگاه /دانشکده علوم پزشکیبه شماره..... تاریخ با مسئول فنی آقا/خانم دارای پروانه صلاحیت مسئول فنی شرکت فوق الذکر به شماره..... مورخ می‌باشد اجازه داده می‌شود با کارشناس ناظرو در زمینه‌هایی به شرح ذیل در منطقه تحت پوشش این دانشگاه/ دانشکده با رعایت کامل مقررات مربوطه ارائه خدمت نماید:

الف: مشخصات کارشناس ناظر: نام و نام خانوادگی نام پدر..... شماره شناسنامهکد ملی..... صادره ازساکن: استان شهر.....خیابان.....کوچه.....پلاک..... و کدپستیتلفن..... سال تولد فارغ التحصیل رشته..... در مقطع..... سابقه کار مفید.....سال.

ب: زمینه فعالیت/ خدماتحوزه جغرافیاییتاریخ اجرای قرارداد.....محل اجرا.....
زمینه فعالیت/ خدمات.....حوزه جغرافیایی تاریخ اجرای قرارداد.....محل اجرا.....

معاون بهداشتی دانشگاه

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضاء

کارشناس مسئول بهداشت حرفه‌ای

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضاء