بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی – معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مرکز بهداشت جنوب تهران/ مرکز بهداشتی درمانی.....

فرم اعلام نواقص بهداشت کار

تاریخ:

سلام علیکم

خانم/آقای..... کارفرمای کارگاه/کارخانه ..... واقع در .....

احتراماً براساس بازدید مورخ ..... نواقص بهداشتی مشاهده گردید که نظریه بازرس بهداشت کار نسبت به برطرف نمودن آنها به شرح ذیل می باشد. لذا شایسته است نسبت به رفع نواقص حداکثر تا تاریخ ..... اقدام و از نتیجه امر این مرکز را مطلع نمایید. بدیهی است پس از انقضاء مهلت مقرر در صورت عدم رفع نواقص برابر مقررات عمل خواهد شد.

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

نام و نام خانوادگی بازرس بهداشت کار و امضاء:

نام ونام خانوادگی کارفرما یا نماینده کارفرما و امضاء: