

## فرم شماره ۵

### معرفی محیط های کار داوطلب مشارکت در برنامه خود مراقبتی سازمانی

|   |       |               |
|---|-------|---------------|
| نام کامل سازمان:  |       |               |
| حوزه فعالیت سازمان: <input type="checkbox"/> بخش تولیدی <input type="checkbox"/> بخش خدماتی/آموزشی <input type="checkbox"/> بخش سیاستگزاری <input type="checkbox"/> عام<br>المنفعه / خیریه            |       |               |
| نوع مالکیت سازمان:  |       |               |
| <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> بین المللی   |       |               |
| اندازه سازمان براساس تعداد پرسنل: <input type="checkbox"/> بزرگ (بیشتر از ۵۰۰ نفر شاغل) <input type="checkbox"/> متوسط (از ۵۰ تا ۴۹۹ نفر شاغل) <input type="checkbox"/> کوچک<br>(کمتر از ۵۰ نفر شاغل) |       |               |
| تعداد کل کارکنان سازمان: .....  | نفر   |               |
| محصولات سازمان:   |       |               |
| آدرس دفتر مرکزی:  |       |               |
| تلفن:   | فاکس: | آدرس وب سایت: |
| نشانی اینترنتی:   |       |               |
| چنانچه سازمان شما وابسته به یک سازمان مادر (سازمان مرکزی) است اطلاعات زیر را تکمیل فرمائید:<br>نام سازمان مادر:<br>آدرس سازمان مادر:  |       |               |
| تلفن:   | فاکس: | آدرس وب سایت: |
| آیا سازمان دارای گواهینامه سیستم های مدیریت ایمنی، بهداشت حرفه ای و محیط زیست می باشد؟ <input type="checkbox"/> بله<br><input type="checkbox"/> خیر   |       |               |

### معرفی رابط سازمان در برنامه خود مراقبتی سازمانی

|                             |              |                 |
|-----------------------------|--------------|-----------------|
| نام و نام خانوادگی نماینده: | سمت سازمانی: | تلفن همراه:     |
| تلفن:                       | فاکس:        | پست الکترونیکی: |