

فرم ارائه پیشنهاد اصلاحی جهت نکات قابل بهبود در حوزه سلامت کار

شرکت اصلی : شرکت فرعی : نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده : نام منطقه بهداشت و درمان :	مشخصات شرکت و منطقه درمانی : سمت سازمانی : تلفن تماس پیشنهاد دهنده : نام مرکز سلامت کار :
--	--

اقدام / پیشنهاد اصلاحی : عنوان مشکل :			
گروه بندی مشکل :			
<input type="checkbox"/> عملکرد پزشک و پرستار <input type="checkbox"/> ادامه درمان و مداخلات <input type="checkbox"/> ارائه نتایج معاینات به HSE <input type="checkbox"/> سایر موارد	<input type="checkbox"/> مکان انجام معاینات <input type="checkbox"/> بخش آزمایشات <input type="checkbox"/> اعلام نظریه نهایی <input type="checkbox"/> بخش بهبود تغذیه	<input type="checkbox"/> زمان انجام معاینات <input type="checkbox"/> بخش اپتومتری <input type="checkbox"/> بخش دندانپزشکی <input type="checkbox"/> بخش بهداشت محیط	<input type="checkbox"/> نحوه انجام معاینات <input type="checkbox"/> بخش ادیومتری <input type="checkbox"/> پیگیری های اداری <input type="checkbox"/> افراد تابع قانون کار

شرح مشکل : (لطفاً به صورت دقیق توضیح داده شود)

پیشنهاد اصلاحی:

پیگیری ها و مکاتبات انجام شده برای رفع ایراد با ذکر شماره و تاریخ نامه ها:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده امضا	نام و نام خانوادگی تایید کننده امضا
--	--