وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی – مرکز سلامت محیط و کار

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

**شبکه بهداشت و درمان شهرستان ..................**

**مرکز بهداشت شهرستان ................**

**گزارش بازرسی هدفمند سال .......**

**ششماهه اول 🞏 سالیانه 🞏**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام شهرستان | **تعداد بازرسان** | **تعداد بهورزان** | **تعداد کل بازرسیهای مورد انتظار 540X+A** | **تعداد کارگاهها به تفکیک**  **وضعیت درجه بندی** | | | | **تعداد دفعات بازدید از کارگاهها به تفکیک وضعیت درجه بندی** | | | | | | | | | | اعلام نواقص | اخطاريه | معرفی به دادگاه | |
| مشاغل خاص | درجه یک | | | درجه دو | | | درجه سه | | |
| درجه یک | درجه  دو | درجه سه | مشاغل خاص | **تعداد بازدید** | **بازدید اولیه** | **بازدید پیگیری** | **مجموع** | **بازدید اولیه** | **بازدید پیگیری** | **مجموع** | **بازدید اولیه** | **بازدید پیگیری** | **مجموع** | منجر به صدور رای | منجر  به عدم صدور رای |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگی تكميل کننده: تاریخ و محل امضاء : نام و نام خانوادگی كارشناس مسئول بهداشت حرفه ای: تاریخ و محل امضاء :**