

شبکه/ مرکز:
نام واحد: بهداشت حرفه ای

معاونت امور بهداشتی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۱۱-۰۱-۰۹
تاریخ تکمیل: / /

فرم گزارش دهی پرتوکاران

دوره تکمیل: شش ماهه

ستاد مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت

تعداد شاغلین پرتوکار استفاده کننده از لوازم حفاظتی	تعداد عناوین آموزشی تهیه و تدوین شده	تعداد کارگاه آموزشی برگزار شده	آموزش دیده			شاغلین تحت پوشش		کارگاه تحت پوشش بازدید	شناسایی شده		غیر یونیزان		یونیزان		تعداد کل (یونیزان - غیر یونیزان)		بعد کارگری	
			کارشناس	کارفرما	کارگر	معاینه	بازدید		کارگاه	شاغلین	کارگاه	شاغلین	کارگاه	شاغلین	کارگاه	شاغلین		کارگاه
																	کمتر از ۲۰	
																	۲۰ - ۴۹	
																	۵۰ - ۴۹۹	
																	بالای ۵۰۰	
																	جمع کل	

نام و نام خانوادگی کارشناس برنامه
امضا

نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول بهداشت حرفه ای:
امضا

