

## معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

### فرم " تایید صلاحیت شرکت مهمان برای ارائه خدمات بهداشت حرفه‌ای "

با استناد ماده 38 و 39 دستورالعمل شرکت‌های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای به شرکت.....که دارای مجوز فعالیت بهداشت حرفه‌ای در سطح .....از معاونت بهداشتی دانشگاه /دانشکده علوم پزشکی .....به شماره..... تاریخ ..... با مسئول فنی آقا/خانم ..... دارای پروانه صلاحیت مسئول فنی شرکت فوق الذکر به شماره..... مورخ ..... می‌باشد اجازه داده می‌شود با کارشناس ناظرو در زمینه‌هایی به شرح ذیل در منطقه تحت پوشش این دانشگاه/ دانشکده با رعایت کامل مقررات مربوطه ارائه خدمت نماید:

**الف:** مشخصات کارشناس ناظر: نام و نام خانوادگی ..... نام پدر..... شماره شناسنامه .....کد ملی..... صادره از .....ساکن: استان ..... شهر.....خیابان.....کوچه.....پلاک..... و کدپستی .....تلفن..... سال تولد ..... فارغ التحصیل رشته..... در مقطع..... سابقه کار مفید.....سال.

**ب:** زمینه فعالیت/ خدمات .....حوزه جغرافیایی .....تاریخ اجرای قرارداد.....محل اجرا.....  
زمینه فعالیت/ خدمات.....حوزه جغرافیایی ..... تاریخ اجرای قرارداد.....محل اجرا.....

**معاون بهداشتی دانشگاه**

**نام و نام خانوادگی**

**تاریخ**

**امضاء**

**کارشناس مسئول بهداشت حرفه‌ای**

**نام و نام خانوادگی**

**تاریخ**

**امضاء**