

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

"مجوز ارائه خدمات بهداشت حرفه ای"

به استناد دستورالعمل "شرکت های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای" مصوب شماره 300/5637 د مورخ 1392/5/21 و بنابر تایید صلاحیت جلسه مورخ کمیته صدور مجوز به شرکت..... واقع در..... ثبت شده به شماره در اداره ثبت شرکت های استان شهرستان..... اجازه داده می شود بعنوان شرکت سطح در محدوده جغرافیایی با رعایت کامل مقررات و شرایط مندرج در دستورالعمل مذکور خدمات بهداشت حرفه ای را ارائه نماید. مدت اعتبار این مجوز از تاریخ لغایت به مدت دو سال می باشد.
تاریخ اولین مجوز دریافت شده توسط شرکت

مشخصات مسئول فنی بهداشت حرفه ای:

نام و نام خانوادگی:..... شماره شناسنامه:..... صادره:..... کد ملی:..... مدرک تحصیلی: رشته:..... مقطع تحصیلی:.....
..... پروانه صلاحیت مسئول فنی به شماره مورخ

معاون بهداشتی دانشگاه

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

کارشناس مسئول بهداشت حرفه ای

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء