

باسمه تعالی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
 اداره امور دندانپزشکی

فرم تأیید محل کار بهداران تجربی دندان

توضیحات	نوبت سوم	نوبت دوم	نوبت اول	تاریخ بازدید

نام و نام خانوادگی :	کد ملی :	شماره همراه :
* شماره ردیف اختصاصی		

با توجه به نظریه کارشناسی و موافقت اداره امور دندانپزشکی اینجانب ضمن رسم کروکی محل کار و پیگیری لازم در خصوص بازدید محل ذیل متعهد می شوم پس از اخذ تأییدیه فضای فیزیکی فوق مراجعه و تاریخ شروع بکار خود را مکتوب به این اداره اعلام نمایم. ضمناً قبل از هرگونه نقل و انتقال و جابجایی محل کار به جای دیگر و تغییر فضای موجود مراتب را به این اداره اطلاع دهم و ضمن حضور مستمر و فعالانه در محل کار در روزها و ساعات اعلامی به شرح وظایف ابلاغی بهداران تجربی وزارتخانه متبوع (ترمیم سطحی دندان-کشیدن دندان ها بجز دندان عقل و ریشه های باقیمانده-فقط پروتز متحرک-جرم گیری) تمام و کمال اقدام کنم.

امضاء و مهر متقاضی تاریخ

مشخصات محل کار :

حوزه فعالیت : شهرستان شهر بخش دهستان روستا
 خیابان کوچه پلاک کد پستی
 شماره تلفن محل کار :
 زمان فعالیت در محل کار : صبح عصر صبح و عصر روزهای فعالیت
 در هفته

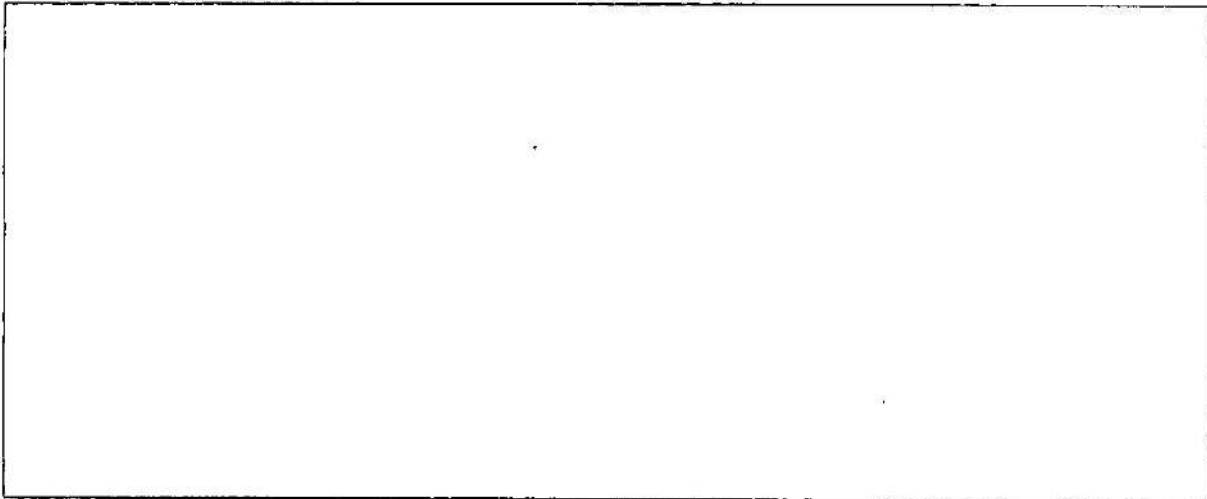
			پلکان استاندارد با استفاده از حفاظ مناسب در بالکن و پنجره ها جهت جلوگیری از حوادث احتمالی <input type="checkbox"/>
			رعایت شرایط محافظتی و ایمنی مانند قرار دادن حفاظ برای پله <input type="checkbox"/>
			محافظت در برابر سیستم الکتریکی <input type="checkbox"/> به نحوی که ایمنی پرسنل و ارباب رجوع در مؤسسه تأمین شود الزامی است <input type="checkbox"/>
			پریزهای برق در محل مناسب <input type="checkbox"/> و با حفاظ مناسب <input type="checkbox"/> وجود داشته باشد.
			کپسول اطفاءحریق کارا <input type="checkbox"/> و دارای شارژ مناسب به ازاء هر ۵۰ متر یک کپسول ۴ کیلوگرمی <input type="checkbox"/> یا سیستم مناسب کنترل آتش سوزی <input type="checkbox"/>
			وضعیت نور و میزان روشنایی مناسب و کافی است <input type="checkbox"/> وضعیت بهداشتی سیستم های روشنایی مناسب است (عدم استفاده از لامپهای اویز) <input type="checkbox"/>
			رعایت نظافت عمومی و بهداشتی در کلیه قسمتهای (از جمله راهرو و پله ها) و نمای ظاهری کلیه فضا صورت می گیرد.
			استفاده از آب مصرفی لوله کشی بهداشتی (از شبکه عمومی آب شهر و مورد تأیید بهداشت) و سالم بودن اتصالات <input type="checkbox"/>
			جمع آوری و دفع فاضلاب از نظر فنی <input type="checkbox"/> و بهداشتی <input type="checkbox"/> مناسب و مطابق استانداردهای محیط زیست و ضوابط مربوطه است <input type="checkbox"/> اتصالات سالم است <input type="checkbox"/> .
			استفاده از سطوح های مخصوص درب دار جهت گچ ها در اتاق گچ ریزی <input type="checkbox"/>
			سطح میزهای موجود در محل کار (کارگاه اصلی، اتاق گچ ریزی و ...) از استیل مقاوم، درجه ۱ و از مواد قابل ضدعفونی کننده می باشد.
			سالم و قابل شستشو بودن وسایل و لوازم کار (صندلی، میز و ...)
			نصب شرح وظایف ابلاغی وزارتخانه در معرض دید مراجعین

نظریه کارشناسی

- ۱- تأیید می شود نام و امضاء کارشناس اول:
- ۲- پس از رفع نواقص تأیید می شود نام و امضاء کارشناس دوم:
- ۳- تأیید نمی شود

توضیح:

کروکی محل کار



مشخصات شاغلین:

ردیف	نام و نام خانوادگی	مدرک	بیمه	نوع فعالیت	سابقه کار	تحصیلات	توضیحات

نام و نام خانوادگی
مهر و امضاء

اطلاعات عمومی مربوط به محل کار

- ۱- محل کار با فضای متر مربع
- ۲- مالکیت ساختمان : شخصی استیجاری
- ۳- تعداد طبقات ساختمانی : یک طبقه دو طبقه سه طبقه چهار طبقه بیشتر
- ۴- ساختمان آسانسور دارد : بلی خیر
- ۵- واحد ساختمانی از محل مسکونی جدا است بلی خیر
- ۶- ساختمان : نو ساز قدیمی