

فرم بازدید اولیه دفاتر خدمات سلامت

تاریخ بازدید: / / ساعت بازدید: :

مشخصات متقاضی

نام و نام خانوادگی	تلفن ثابت	تلفن همراه	شهر محل فعالیت

مشخصات محل جغرافیایی

وضعیت مالکیت ملک شخصی <input type="checkbox"/> استیجاری <input type="checkbox"/>	
نوع کاربری تجاری <input type="checkbox"/> اداری <input type="checkbox"/> مسکونی <input type="checkbox"/>	
متراژ (حداقل ۵۰ متر مربع):	طبقه استقرار!
آسانسور دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ضروری نیست <input type="checkbox"/>	فضای نصب تابلو دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
نشانی محل: استان شهرستان	
آدرس پستی:	

تجهیزات اداری

ردیف	عنوان	تعداد	توضیحات
۱	سیستم کامپیوتری/لپ تاپ		
۲	خط تلفن ثابت و اینترنت		
۳	پرینتر		
۴	کمد بایگانی مستندات		
۵	میز اداری (حداقل دو عدد)		
۶	صندلی اداری (حداقل دو عدد)		
۷	صندلی مراجعین (حداقل ۴ عدد)		

سایر موارد

^۱ در صورت استقرار دفتر در طبقه بالاتر از یک، وجود آسانسور الزامی است

فرم بازدید اولیه دفاتر خدمات سلامت

تاریخ بازدید: / / ساعت بازدید: :

تجهیزات ارایه خدمات^۲

توضیحات	وضعیت			عنوان	ردیف
	ضروری نیست	ندارد	دارد		
				رطوبت سنج	۱
				کلر سنج	۲
				کیت یدسنج	۳
				کدورت سنج	۴
				نور سنج	۵
				ترمومتر نفوذی-لیزری ^۳	۶
				PH متر دیجیتال	۷
				دستگاه سنجش نمک	۸
				دستگاه سنجش روغن TPM	۹
				دستگاه سنجش بار میکروبی	۱۰

سایر موارد

مشخصات مسئول فنی

شماره همراه	کد ملی	نام و نام خانوادگی
تاریخ دریافت گواهی ممیزی	تاریخ فارغ التحصیلی	مدرک و رشته تحصیلی

^۲ در این بخش صرفاً تأمین تجهیزاتی که توسط معاونت تخصصی مربوطه تعیین می‌شود، ضروری بوده و تأمین سایر تجهیزات فهرست شده الزامی نیست
^۳ تجهیزات ردیف‌های ۶ تا ۱۰ صرفاً باید از تجهیزات مورد تأیید مرکز سلامت محیط و کار و با هماهنگی مدیر طرح خریداری شود.

فرم بازدید اولیه دفاتر خدمات سلامت

ساعت بازدید: :

تاریخ بازدید: / /

نتیجه نهایی^۴

فضا و تجهیزات مورد تأیید است

فضا و تجهیزات مشروط به انجام اصلاحات زیر مورد تأیید است

فضا یا تجهیزات به دلایل زیر مورد تأیید نیست

متقاضی	نماینده معاونت تخصصی	نماینده معاونت توسعه
نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی
امضا	امضا	امضا

^۴ توزیع نسخ: ۱- معاونت توسعه، ۲- معاونت تخصصی، ۳- مدیر طرح، ۴- متقاضی