وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

 **معاونت بهداشتی**

فرم گزارش بازرسی هدفمند

مرکز بهداشتی درمانی........................ 6 ماه اول 🞏 سالانه 🞏 : :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **خانه بهداشت****مرکز بهداشتی درمانی** | **تعداد كارگاهها به تفكيك وضعيت درجه بندي** | **تعداد دفعات بازدیداز كارگاهها به تفكيك وضعيت درجه بندي**  |  |  |  |
| **درجه یک** | **درجه دو** | **درجه سه**  | **مشاغل خاص** | درجه یک | درجه دو | درجه سه  | **مشاغل** **خاص** | **تعداد اعلام نواقص بهداشتي** | **تعداد اخطاريه**  | **تعداد معرفي به دادگاه** |
| **بازدید اولیه** | **بازدید پیگیری** | **مجموع** | **بازدید اولیه** | **بازدید پیگیری** | **مجموع** | **بازدید اولیه** | **بازدید پیگیری** | **مجموع** | **تعداد بازديد** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **نام و نام خانوادگي تكميل كننده تاريخ و محل امضاء :**