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 :**