**شبکه بهداشت و درمان شهرستان هرند**

**(واحد مهندسی بهداشت محیط)**

**فرم مشخصات مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی**

مرکز بهداشت شهرستان: مرکز / پایگاه بهداشت درمانی:

خانه بهداشت: شماره پرونده: نوع کسب

نام محل تابلو:

آدرس:

شماره تلفن ثابت: شماره تلفن همراه:

|  |
| --- |
| **1 - مشخصات صاحب پروانه کسب:**  نام: نام خانوادگی: شماره شناسنامه: تاریخ تولد:  محل صدور: نام پدر: میزان تحصیلات:  گواهینامه معتبر شرکت در دوره ویژه بهداشت عمومی: دارد  ندارد  تاریخ صدور:  تاریخ صدور کثرت معاینه پزشکی: |
| **2 – مشخصات مباشر / متصدی / مدیر محل:**  نام: نام خانوادگی: شماره شناسنامه: تاریخ تولد:  محل صدور: نام پدر: میزان تحصیلات:  گواهینامه معتبر شرکت در دوره ویژه بهداشت عمومی: دارد  ندارد  تاریخ صدور:  تاریخ صدور کثرت معاینه پزشکی: |
| **3 – تعداد کارکنان یا کارگران:**  کارکنان یا کارگران دارای کارت معاینه پزشکی معتبر:  کارکنان یا کارگران دارای گواهینامه معتبر شرکت در دوره ویژه بهداشت عمومی: |
| **4- وضعیت محل کسب:** ملکیاستیجاری اوقافی  تاریخ تاسیس: شماره و تاریخ پروانه کسب: تاریخ آخرین صلاحیت بهداشتی صادره:  کل مساحت مفید: طول: عرض: ارتفاع:  مساحت قسمت بدون بالکن: مساحت قسمت زیر بالکن:  ارتفاع زیر بالکن: ارتفاع بالای بالکن: |
| **5-تاریخ شرکت در کلاس های آموزشی:**  **الف: ب: چ: د: ه: و:** |
| **6- روز تعطیلی مجاز هفتگی (برای نانوایی ها):** |
| **۷- در صورت وجود هرگونه توضیحات لازم این قسمت ثبت گردد:** |
| **تذکر: با توجه به تغییر دائمی اطلاعات مذکور لطفا فرم را با مداد تکمیل نمایید.** |