**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان**

**مرکز بهداشت شهرستان مرکز بهداشت و درمانی**

**کارت خلاصه وضعیت بهداشتی در بازدید ها و کنترل های بهداشتی بازرسین بهداشت محیط**

**نام و نام خانوادگی متصدی: شماره پرونده:**

**آدرس: تعداد کارگر:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و امضاء بازدید کننده** | **اقدامات بازدید کننده** | **خلاصه نواقص بهداشتی موجود** | **تاریخ بازدید** | **ردیف** |
|  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  | **4** |
|  |  |  |  | **5** |
|  |  |  |  | **6** |
|  |  |  |  | **7** |
|  |  |  |  | **8** |
|  |  |  |  | **9** |
|  |  |  |  | **10** |
|  |  |  |  | **11** |
|  |  |  |  | **12** |
|  |  |  |  | **13** |
|  |  |  |  | **14** |
|  |  |  |  | **15** |
|  |  |  |  | **16** |
|  |  |  |  | **17** |
|  |  |  |  | **18** |
|  |  |  |  | **19** |
|  |  |  |  | **20** |

**توجه: نصب این کارت در معرض دید مشتریان الزامی است. شماره فرم: 10/4**