


تاریخ:	فرم گزارش حوادث، وقایع و بیماری های شغلی به کمیته ایمنی	 <p>دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد کمیته بهداشت ایمنی و حفاظت حرفه‌ای</p>
--------	---	---

فرد مصدوم/شاکمی باید بخش های الف و ب را تا ۲۴ ساعت پس از بروز حادثه تکمیل کرده و به کمیته ایمنی تحویل دهد.

قسمت الف: مشخصات فرد مصدوم

نام و نام خانوادگی:

کارمند/دانشجو:

شماره پرسنلی/شماره دانشجویی:

تلفن تماس:

قسمت ب: شرح حادثه

زمان حادثه: ...../...../.....

زمان گزارش: ...../...../.....

محل واقعه:

شرح واقعه:

به نظر شما چگونه می شود از بروز این حادثه جلوگیری کرد؟

به نظر شما چه عواملی سبب حادثه بود؟

آیا کمک های اولیه مورد استفاده قرار گرفت؟ اگر بله توسط چه کسی؟

امضا فرد مصدوم: