|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **دفتر آموزش و ارتقای سلامت** | **فرم شماره 5**  **فرم معرفی محیط های کار داوطلب مشارکت در برنامه خودمراقبتی سازمانی** | | **وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**  **معاونت بهداشت** | |
| **معرفی سازمان** | | | | |
| **نام کامل سازمان** | | | | |
| **حوزه فعالیت سازمان: بخش تولیدی بخش خدماتی/ آموزشی بخش سیاستگزاری عام المنفعه/خیریه** | | | | |
| **نوع مالکیت سازمان: دولتی خصوصی بین المللی** | | | | |
| **اندازه سازمان بر اساس تعداد پرسنل: بزرگ ( بیشتر از 500 نفر شاغل) متوسط ( از 50 تا 499 نفر شاغل) کوچک ( کمتر از 50 نفر شاغل)** | | | | |
| **محصولات سازمان:** | | **تعداد کل کارکنان سازمان : ............... نفر شاغل** | | |
| **آدرس دفتر مرکزی:** | | | | |
| **آدرس وب سایت:** | **فاکس:** | | | **تلفن ثابت:** |
| **نشانی اینترنتی:** | | | | |
| **چنانچه سازمان شما وابسته به یک سازمان مادر ( سازمان مرکزی) است، اطلاعات زیر را تکمیل فرمائید:**  **نام سازمان مادر:**  **آدرس سازمان مادر:**  **تلفن:**  **فاکس:**  **آدرس وب سایت:** | | | | |
| **آیا سازمان دارای گواهینامه سیستم های مدیریت ایمنی، بهداشت حرفه ای و محیط زیست می باشد؟ بلی خیر** | | | | |
| **معرفی رابط سازمان در برنامه خودمراقبتی سازمانی** | | | | |
| **تلفن همراه:** | **سمت سازمانی:** | | | **نام و نام خانوادگی نماینده:** |
| **پست الکترونیکی:** | **فاکس:** | | | **تلفن ثابت:** |