|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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:** |