

آرم دانشگاه مربوطه

معاونت بهداشتی

مرکز بهداشت شهرستان

مرکز بهداشتی درمانی

شماره
تاریخ
پست

شماره فرم: ۱-۱۸۰۳۹۲۰۶

گزارش نواقص بهداشتی

رئیس مرکز بهداشت شهرستان

با سلام و احترام؛

با عنایت به بازرسی انجام شده مورخ از واحد به مالکیت / مدیریت / تصدی آقای / خانم فرزند با شماره ملی واقع در،
نواقص بهداشتی به شرح ذیل مشاهده گردید. خواهشمند است در صورت تأیید دستور فرمایید اقدامات قانونی لازم در راستای اجرای آیین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی انجام گردد.

-
-
-
-

نام و نام خانوادگی رییس مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی

امضاء

آرم دانشگاه مربوطه

معاونت بهداشتی

مرکز بهداشت شهرستان

تاریخ :

مرکز بهداشتی درمانی

شماره فرم: ۲-۱۸۰۳۹۲۰۶

گزارش نواقص بهداشتی

رئیس مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی

با سلام و احترام؛

با عنایت به بازرسی انجام شده مورخ از واحد به مالکیت / مدیریت / تصدی آقای/ خانم فرزند با شماره ملی واقع در،
نواقص بهداشتی به شرح ذیل مشاهده گردید. خواهشمند است در صورت تائید دستور فرمایید اقدامات قانونی لازم در راستای اجرای آیین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی انجام گردد.

-
-
-
-

نام و نام خانوادگی بازرس بهداشت محیط

امضاء

یاد آوری مهم: در صورت تفویض اختیار به رییس مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی این فرم تکمیل می گردد.