


شماره :	<b>Integrated Management System</b>	
تاریخ تهیه :	فرم طرح تامین آتیه کارکنان صنعت نفت	
صفحه ... از ...	گزارش حادثه	

نام :	نام خانوادگی :	شماره کارگری / کارمندی :	توسط سرپرست واحد و همکاری امور اداری تکمیل و امضاء شود. توسط پزشک تکمیل شود.
تاریخ حادثه :	ساعت وقوع حادثه :	عوارض اولیه حادثه: مصدوم <input type="checkbox"/> مجروح <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>	
شاغل در شرکت :	امور / واحد :		
سمت :	محل خدمت :		
شرح چگونگی و محل وقوع حادثه بر اساس اظهارات مصدوم و شهود:			
نام و نام خانوادگی / سمت تنظیم کننده گزارش :		امضاء و تاریخ :	
تشخیص مقدماتی و نظریه پزشک :			
عضو یا اعضای صدمه دیده		زمان و تاریخ مراجعه به پزشک :	
		نام و نام خانوادگی و شماره نظام پزشکی :	
		مهر و امضاء	
این قسمت با استفاده از توضیح مندرج در پشت همین ورقه توسط واحد ایمنی و با روابط کار تکمیل و امضاء شود.			
- نامبرده فوق در وقوع این حادثه مقصر بوده و یا قصوری نداشته است؟ - علت وقوع حادثه - نوع حادثه: - نظریه و توصیه واحد ایمنی			
نام خانوادگی :	سمت :	امضاء و تاریخ :	