|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| فرم آموزش شاغلین در کارخانه / شرکت | | | | | |
| **نام کارخانه/ شرکت :** | | | | | |
| **عنوان دوره آموزشی:** | | | | | |
| **تاریخ تشکیل : ساعت تشکیل:** | | | | | |
| **نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای صنعت:** | | | | | |
| **خلاصه ای از مباحث مورد آموزش:** | | | | | |
| **امضاء/ اثر انگشت** | **نام ونام خانوادگی فراگیر** | **ردیف** | **امضاء/ اثر انگشت** | **نام ونام خانوادگی فراگیر** | **ردیف** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**امضا و نام ونام خانوادگی مدرس :**

**نام و نام خانوادگی کارفرما / نماینده تام االاختیار : مهر شرکت**