



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
دانشکده پزشکی شیراز

عنوان سند:

درخواست حمل و نقل تجهیزات پزشکی سنگین در دانشکده (بالتر از ۱۰۰ کیلوگرم)

تاریخ تنظیم:

۹۲/۶/۲۶

شماره سند:

SSM-SpD-OSH-P1W14F1-R0

تاریخ بازنگری:

۹۴/۶/۲۶

صفحه: ۱ از ۱

<p>نام گروه: نام کالا: ابعاد: تعداد: محل که کالا باید انتقال یابد: اینجانب متعهد می شوم در زمان انتقال کالا بر نحوه جابه جایی کالا جهت جلوگیری از آسیب های احتمالی وارده نظارت داشته باشم.</p> <p>نام کارشناس/ارایه تجهیزات پزشکی گروه: وزن کالا بر حسب کیلوگرم: ارتفاع کالا از سطح زمین: محل قرارگیری کالا: تاریخ پیشنهادی جهت جابجایی کالا:</p>	<p>نام گروه: نام کالا: ابعاد: تعداد: محل که کالا باید انتقال یابد: اینجانب متعهد می شوم در زمان انتقال کالا بر نحوه جابه جایی کالا جهت جلوگیری از آسیب های احتمالی وارده نظارت داشته باشم.</p>	<p>توسط مسئول تجهیزات پزشکی گروه تکمیل شود</p>
<p>نام و امضاء مسئول تجهیزات پزشکی گروه</p>	<p>ضوابط جابجایی واحد تجهیزات پزشکی:</p>	<p>توسط مسئول تجهیزات پزشکی دانشکده تکمیل شود</p>
<p>نام و امضاء مسئول تجهیزات پزشکی دانشکده</p>	<p>کالای فوق قابل جابجایی با شرایط ذیل می باشد. الف- قابل حمل توسط دانشکده الف- هماهنگی با واحد خدمات تامین نیرو تعداد..... نفر تهیه و در اختیار گذاشتن وسایل حفاظت فردی توسط واحد خدمات شامل: شیلد محافظ ماسک جهت اسیدهای ضعیف/فیلتر دار / ماسک زغال فعال عینک محافظ دستکش برزنتی دستکش بافتنی دستکش عایق برق لباس کار مخصوص کفش ایمنی کلاه محافظ الف- ۲: هماهنگی با واحد تاسیسات تهیه و در اختیار گذاشتن وسایل حفاظت فردی توسط واحد تاسیسات شامل: شیلد محافظ ماسک جهت اسیدهای ضعیف/فیلتر دار / ماسک زغال فعال عینک محافظ دستکش برزنتی دستکش بافتنی دستکش عایق برق لباس کار مخصوص کفش ایمنی کلاه محافظ خطرات احتمالی: توضیحات:</p> <p>ب- غیر قابل حمل توسط دانشکده هماهنگی با واحد تدارکات هماهنگی با واحد تاسیسات هماهنگی با واحد خدمات</p>	<p>توسط کارشناس ایمنی و بهداشت کار تکمیل شود</p>
<p>نام و امضاء کارشناس مسئول واحد ایمنی و بهداشت کار</p>	<p>اینجانب متعهد می گردم در تاریخ اصول ایمنی فوق را در هنگام جابه جایی کالا به نیروهای مربوطه اطلاع رسانی کرده و وسایل مورد نیاز مشخص شده را در اختیار آنها قرار دهم و بر آن نظارت داشته باشم و نظارت سایر افراد کار از مسئولیت اینجانب نمیگردد.</p>	<p>توسط مسئول خدمات تکمیل شود</p>
<p>نام و امضاء کارشناس مسئول خدمات</p>		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
دانشکده پزشکی شیراز

عنوان سند:

درخواست حمل و نقل تجهیزات پزشکی سنگین در دانشکده (بالتر از ۱۰۰ کیلوگرم)

تاریخ تنظیم:

۹۲/۶/۲۶

شماره سند:

SSM-SpD-OSH-P1W14F1-R0

تاریخ بازنگری:

۹۴/۶/۲۶

صفحه: ۱ از ۱

اینجانب متعهد می‌گردم در تاریخ اصول ایمنی فوق را در هنگام جابه‌جایی کالا به نیروهای مربوطه اطلاع‌رسانی کرده و وسایل مورد نیاز مشخص شده را در اختیار آنها قرار دهم و بر آن نظارت داشته باشم و نظارت سایر افراد کار از مسئولیت اینجانب نمی‌کاهد.	توسط مسئول تاسیسات تکمیل شود
اصول ایمنی لازم جهت جابه‌جایی کالا به اینجانب توضیح داده شده است و اینجانب متعهد می‌گردم اصول ایمنی فوق را در هنگام جابه‌جایی کالا رعایت کرده و کار را به نحو صحیح انجام دهم. نام و امضاء افرادی که مسئول جابه‌جایی کالا هستند:	توسط مسئول خدمات تکمیل شود
۱- ۵-	
۲- ۶-	
۳- ۷-	
۴- ۸-	