



فرم گزارش حادثه دانشگاه مراغه

Accident Report Form of University of Maragheh

نام و نام خانوادگی گزارش دهنده: واحد: تاریخ تکمیل فرم: / /

مشخصات حادثه

محل دقیق حادثه:

تاریخ حادثه: روز ماه سال ساعت وقوع: دقیقه: ساعت:

چگونگی حادثه و شرح واقعه

علل و موجبات حادثه و مختصری از شرح واقعه:

.....
.....

نتیجه حادثه:

اقدامات اولیه یا اولین مرجع درمانی:

.....

مشخصات افراد آسیب دیده

شماره	نام و نام خانوادگی	سن	جنسیت	تحصیلات	شماره تلفن تماس
۱					
۲					
۳					

این فرم مخصوص ثبت گزارش حوادث احتمالی دانشگاه مراغه می باشد و در اولین روز حادثه، تکمیل و به واحد HSE دانشگاه مراغه ارسال گردد.

نام و امضاء رئیس واحد HSE:

نام و امضاء کارشناس HSE:

نام و امضاء کارشناس واحد: