

شناسایی مخاطرات شغلی		عنوان مستند :		Form Code:F-93
				Rev:00
				صفحه : 1
نام واحد	عنوان شغل	وظیفه	تاریخ انجام / بازنگری	بررسی کننده

مراحل انجام کار	خطرات احتمالی	اقدامات کنترلی

تاریخ و امضاء نماینده مدیریت:

تاریخ و امضاء سرپرست HSE: