

محل
الصاق
عکس

((بسمه تعالی))



شماره :

تاریخ :

به : مرکز / کلینیک بهداشتی و طب کار

از : شعبه

در اجرای دستورالعمل شماره ۴۰۱۰/۵۵۵۶۸ مورخ ۸۴/۶/۲۶ بدین وسیله بیمه شده اصلی با مشخصات ذیل جهت بررسی صحت سلامت اولیه معرفی می گردد لذا خواهشمند است دستور فرمائید پس از انجام معاینات مربوطه نسبت به ارسال فرم معاینات بررسی صحت سلامت اولیه جهت نگهداری در پرونده فنی بیمه شده اقدام فرمایند.

شماره بیمه :	نام :	نام خانوادگی :
شماره شناسنامه :	محل صدور :	تاریخ تولد :
کد ملی :	نام کارگاه :	شماره کارگاه :
نشانی محل سکونت و تلفن :	کد پستی :	
نشانی و تلفن کارگاه :	کد پستی :	

شعبه

نام و نام خانوادگی

مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی

نام و نام خانوادگی

رئیس شعبه

((فرمت شماره یک))