

IMS

کد فرم: 05FME023

ویرایش: ۰۴

تاریخ بازنگری: ۹۷/۰۲/۱۰

شرکت آب و فاضلاب استان مرکزی

دفتر بهداشت، ایمنی و محیط زیست



● فرم جایگزینی کارکنان ●

تاریخ تکمیل فرم:

شهر:

مشخصات نیرو							
ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرسنلی	شغل مورد تصدی فعلی	شغل مورد تصدی قبلی	علت تغییر	تاریخ جابجایی	توضیحات
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							

نام و امضای رابط دفتر HSE:

نام و امضای مسئول امور اداری: