



مجتمع بیمارستانی شهید دکتر بهشتی

نام فرآیند: تکمیل فرم گزارش حادثه	کد: OH/P/۰۷۱/۰۱	تاریخ تهیه: ۹۲/۸/۱
دامنه فرآیند: بهداشت حرفه ای	صاحب فرآیند: مسئول بهداشت حرفه ای	تاریخ بازنگری: ۹۴/۸/۱

