

T.C. İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ / SAĞLIK UYGULAMA ARAŞTIRMA MERKEZİ					
<input type="checkbox"/>	Ramak Kaldı	<input type="checkbox"/>	Tehlike Bildirimi	Kayıt No:	
Bildirim türünü (X) işareti ile belirtiniz.					
Adı Soyadı:		Olay Yeri:			
Bölümü:		Tarih ve Saati:			
Olay Tanımı / Açıklama					
Sizin Öneriniz					
Neden 1					
Neden 2					
Neden 3					
Sonuç / Değerlendirme					
İşveren / İşveren vekili			İş Güvenliği Uzmanı		
Adı Soyadı:		Adı Soyadı:			
Tarih:		Tarih:			
İmza:		İmza:			