



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ

.....
FAKÜLTESİ

..... LABORATUVARI KAZA BEYAN FORMU

RAPORU HAZIRLAYAN

Ad Soyad:

Rapor Tarihi:

Görevi:

İmza:

Olayın Tarihi:

Olayın Geçtiği Mekân:

Etkilenen Kişi Sayısı:

Olayın Etki Süresi ve Şiddeti:

Olayın Tanımı:

Kaza Sırasında Yapılan Müdahale:

Kaza Sonrası Durum Özeti:

BÖLÜM BAŞKANI

Ad Soyad:

Tarih:

İmza: