

	BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ İş Sağlığı ve Güvenliği Koordinatörlüğü	Doküman No	FR/İSG/14
		İlk yayın tarihi	10.09.2025
	İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ İŞ KAZASI BİLDİRİM FORMU	Rev. No / Tarih	00/...
		Sayfa sayısı	1/1

İşyeri Ünvanı:	
İşkolü Kodu:	
İşyeri Adresi	

Çalışanın Adı Soyadı	Çalışanın T.C Kimlik No
Çalışanın Cinsiyeti	Çalışanın Yaptığı İş ve Çalıştığı Bölüm

İş Kazasının Oluşma Tarihi ve Saati	
-------------------------------------	--

İş Kazasının Oluşma Şekli ve Nedeni	
İş Göremezlik Durumu ve Süresi:	
Sağlık Tesislerinde Yatma Süresi:	
Kaza Sonucu Oluşan Tahribat:	

HAZIRLAYAN Rıdvan Tandoğan Tekniker İş Sağlığı ve Güvenliği Koordinatörlüğü Kalite Birim Sorumlusu	KONTROL EDEN Dr. Öğr. Üyesi Muhammed Ali Nalbant İş Sağlığı ve Güvenliği Koordinatörü	ONAYLAYAN Dr. Öğr. Üyesi Muhammed Ali Nalbant İş Sağlığı ve Güvenliği Koordinatörü
---	--	---

