İLAÇ DOLABI KONTROL FORMU

AY	GÜNLER	Evet / Hayır																													
Aralık	Evet/Hayır	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
İlaç dolabı kilitli mi?																																
İlaçlar yeterli miktarlarda mi?																																
Tarihi geçmiş ilaç var mı?																																
İlaç dolabı temiz mi?																																

Kontrolü Yapan	İmza

AY	GÜNLER	Evet / Hayır																													
Aralık	Evet/Hayır	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
İlaç dolabı kilitli mi?																																
İlaçlar yeterli miktarlarda mi?																																
Tarihi geçmiş ilaç var mı?																																
İlaç dolabı temiz mi?																																

Kontrolü Yapan	İmza

www.insaattaisguvenligi.com