

آزمایشگاه کنترل مواد غذایی و بهداشتی لرستان

شماره Sop :	عنوان :
شماره بازنگری:	نام و نام خانوادگی : تاریخ: امضا:
نام ویرایشگر: تاریخ: امضا:	مسئول QA : تاریخ: امضا:
بخش مربوطه :	زمان اجرا :

۱-هدف:

۲-دائمه عملکرد :

۳-افراد مسئول:

۴-تجهیزات و مواد :

۴-۱) مواد و معرفها :

۴-۲) تجهیزات :

۵-ایمنی و توصیه :

۵-۱) ایمنی :

۵-۲) توصیه :

۶-اصطلاحات و تعاریف :

۷-روش کار :

۸-محاسبه و گزارش:

۹-مدارک،منابع و مراجع: