

درخواست استقرار بخش تزریقات و پانسمان

اینجانب آقای/خانم دکتر دارای پروانه مطب معتبر به شماره در نظر دارد امور تزریقات و پانسمان مطب/درمانگاه را بعهده این درمانگاه با شماره پروانه بهره برداری

خانم/آقای با مدرک تحصیلی در شیفت صبح عصر شب بگذارد تا در زمان حضور و با مسئولیت کامل اینجانب /
 دکتر دارای پروانه مسئول فنی معتبر به شماره در شیفت صبح
 دکتر دارای پروانه مسئول فنی معتبر به شماره در شیفت عصر
 دکتر دارای پروانه مسئول فنی معتبر به شماره در شیفت شب
 دکتر دارای پروانه مسئول فنی معتبر به شماره در شیفت شب

با رعایت کامل مقررات و ضوابط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی انجام وظیفه نماید.

تاریخ: مهر و امضاء مدیریت درمانگاه

تاریخ: مهر و امضاء مسئولین فنی

بر اساس درخواست خانم/آقای دکتر اینجانب با شماره شناسنامه
 کد ملی صادره متولد سال دارای مدرک تحصیلی
 از دانشگاه/آموزشگاه متعهد می شوم که در ساعات حضور پزشک/مسئول فنی مشروط بر آنکه از هیچگونه تبلیغاتی برای خدمات واحد تزریقات استفاده ننمایم ، با رعایت کامل تعرفه و مقررات وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی انجام نمایم.
 آدرس و تلفن مطب/درمانگاه:

تلفن ثابت و همراه متصدی تزریقات:
 منطقه شهرداری محل مطب/درمانگاه:

نقشه محل استقرار واحد تزریقات:

