بسمه تعالي **شماره فرم:ME\_FO\_06**

مركز بهداشت شهرستان ...........................

**فرم بازديد دوره اي واحدها**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نام واحد** | **زمان بازديد** | **شرح مشكلات** | **نام و امضاء مسئول واحد** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**بازديد كننده**