

شماره : .....۱۳۰۲/۸۷۳  
 تاریخ : .....۱۴۰۵/۰۲/۱۴  
 ساعت : .....۱۳:۳۳  
 پیوست : .....دارد

بسم الله الرحمن الرحيم



معاونت درمان

**مدیریت محترم درمان تأمین اجتماعی استان اصفهان**  
**رؤسای محترم مراکز آموزشی و درمانی و بیمارستانهای تابعه دانشگاه**  
**رؤسای محترم بیمارستانهای خصوصی، خیریه و وابسته به ارگانها**  
 با سلام و احترام

پس از حمد خدا و درود و صلوات بر محمد و آل محمد (ص)، مقتضی است دستور فرمائید گزارش آمار موارد توبکتومی و وازکتومی انجام شده در آن مرکز مربوط به " شش ماهه دوم سال ۱۴۰۴ " طبق جداول اکسل پیوست، تکمیل و حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۴/۰۲/۱۹ به این معاونت ارسال گردد.

قابل ذکر است فرم های مربوطه در سایت معاونت درمان به آدرس [ta.mui.ac.ir](http://ta.mui.ac.ir) در لینک امور بیماریها / اداره مامایی / فرم ها و چک لیست ها بارگذاری شده است.

**دکتر فریبرز خوروش**  
**معاون درمان**

رونوشت :

مدیر محترم امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی جناب آقای دکتر گنجی

نشانی : اصفهان - خیابان شهید آیت ا... قدوسی (آبادانا اول)

تلفن : ۳۶۶۱۹۶۶۱-۲ و ۳۶۶۱۹۶۶۴-۵

تارنما : [www.ta.mui.ac.ir](http://www.ta.mui.ac.ir) - پست الکترونیک : [treatment@mui.ac.ir](mailto:treatment@mui.ac.ir)