

پیوست شماره 2

اطلاعات مرکز درخواست کننده

	نام مرکز
	کد پرتوکاری فیلم بچ
<input type="checkbox"/> تایید مجوز کار با اشعه <input type="checkbox"/> اصلاح مجوز کار با اشعه <input type="checkbox"/> تمدید مجوز کار با اشعه	نوع مجوز مورد درخواست
<input type="checkbox"/> رادیولوژی <input type="checkbox"/> سی تی اسکن <input type="checkbox"/> اتاق عمل <input type="checkbox"/> آنژیوگرافی <input type="checkbox"/> پزشکی هسته‌ای <input type="checkbox"/> رادیولوژی دهان، فک و صورت <input type="checkbox"/> ERCP <input type="checkbox"/> سنگ شکن <input type="checkbox"/> کلینیک درد	نام بخش
<input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> خیریه <input type="checkbox"/> عمومی غیردولتی	وضعیت مرکز
<input type="checkbox"/> صبح <input type="checkbox"/> عصر	نوبت کاری
	آدرس کامل مرکز
	شماره تلفن ثابت
	شماره فکس
	آدرس پست الکترونیکی

اطلاعات شخص تکمیل کننده درخواست

	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده
	کد ملی تکمیل کننده
	شماره تلفن همراه تکمیل کننده