

شماره : .....۱۲/۷/۶۴۲۷/پ

تاریخ : .....۱۴۰۴/۰۷/۲۰

ساعت : .....۱۲:۲۶

پیوست : .....ندارد

بیمه‌ری



معاونت درمان

## رؤسای محترم مراکز آموزشی 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)، به پیوست  
مکاتبه شماره ۳۰۰/۱۲۴۷۶ مورخ ۱۴۰۴/۷/۱۳ معاون محترم بهداشت وزارت متبوع  
در خصوص "الزام ثبت کد پستی محل سکونت مادران زایمان کرده در فرم زایمان  
سامانه ملی باروری سالم" ارسال می گردد. مقتضی است دستور فرمائید  
اطلاع رسانی لازم به کلیه صاحبان فرآیند صورت پذیرد.

دکتر فریبرز خورش

معاون درمان

رونوشت :

مدیریت محترم درمان تامین اجتماعی استان اصفهان: جهت استحضار  
مدیر محترم امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی جناب آقای دکتر گنجی

نشانی : اصفهان - خیابان شهید آیت الله قدوسی (آپادانا 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)