شماره فرم : 1- آ
شماره بازنگری : 1

به نام خدا

اداره تجهیزات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
فرم آموزش کاربری تجهیزات پزشکی سرمایه ای (هنگام نصب و راه اندازی اولیه)

معاونت

نام مرکز درمانی:

نام بخش:

الف: مشخصات دستگاه

1- نام	2- مارک	3- مدل	4- شماره سریال

ب: مشخصات شرکت

1- نام شرکت :
2- آدرس و تلفن :
3- نام نمایندگی :
4- نام و نام خانوادگی آموزش دهنده :
5- مدرک تحصیلی :
6- تلفن همراه :

ج: سر فصل های آموزش:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

د: مشخصات آموزش گیرندگان

نام و نام خانوادگی :	سمت :	امضا :
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

ه: وسایل کمک آموزشی تحویل داده شده:
□دفترچه راهنمای فارسی □ CD آموزشی □ دستورالعمل کاربری □ سایر .....

بدینوسیله گواهی می گردد آموزش بهره برداری صحیح از کلیه امکانات تجهیز پزشکی فوق الذکر توسط خانم/ آقای ..... در محل ..... ارائه گردید.

مهر و امضاء مسئول بخش مهر وامضاء نماینده شرکت مهر و امضاء مسئول تجهیزات پزشکی مرکز

توضیح: شرکت ارائه دهنده آموزش موظف به صدور گواهی آموزشی برای افراد مذکور در این فرم می باشد.

Create PDF files without this message by purchasing novaPDF printer (http://www.novapdf.com)