



فهرست اطلاعات ضروری در بیمارستان

استان:

شهرستان:

بیمارستان:

نام و نام خانوادگی	شماره تلفن ثابت	شماره تلفن همراه	دور نگار	E-mail
رئیس بیمارستان				
مدیر بیمارستان				
پزشک ارشد هموویژلانس				
مترون بیمارستان				
سوپروایزر بیمارستان				
مسئول فنی آزمایشگاه				
سوپروایزر آزمایشگاه				
مسئول بانک خون				

نام و نام خانوادگی و امضاء تکمیل کننده:

تاریخ تکمیل:

مدت زمان نگهداری	ترتیب صفحات
۱ سال	صفحه ۱ از ۱