بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

نام مرکز: صورتجلسه کمیته تاریخ جلسه:

شماره جلسه:

دبیر جلسه:

|  |
| --- |
| دستور جلسه |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| مصوبات اجرا شده از جلسه قبل | درصد | مصوبات در دست اقدام از جلسه قبل | درصد |
|  | 100% |  |  |
|  | 100% |  |  |
|  | 100% |  |  |
|  | 100% |  |  |
|  | 100% |  |  |
|  | 100% |  |  |
|  | 100% |  |  |
|  | 100% |  |  |
|  | 100% |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| مصوبات اجرا نشده از جلسه قبل | اقدامات در مورد مصوبات اجرا نشده (علت عدم اجرا) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| مصوبات جلسه | | مسئول اجراء | زمان اجراء |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| مسئول پیگیری مصوبات : | | | |
| پیشنهادات : | | | |
|  | | | |
|  | |  |  |
| نام ونام خانوادگی اعضاء جلسه | | سمت | امضاء | امضاء میهمان |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |