

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مراغه

معاونت درمان

* فرم مشخصات متقاضیان صدور مجوز واحدهای تزریقات و پانسمان *

مشخصات عمومی:

۱- نام :	۲- نام خانوادگی:	۳- نام پدر:	۴- شماره شناسنامه:
۵- متولد:	۶- صادره:	۷- کدملی:	

مشخصات تحصیلی:

۸- دارای مدرک تحصیلی:	۹- از دانشگاه علوم پزشکی/مجتمع آموزشی:
۱۰- سال فراغت از تحصیل:	

مشخصات پزشک مسئول

۱۱- نام نام خانوادگی:	۱۲- شماره نظام پزشکی:	۱۳- تخصص:
۱۴- آدرس مطب:	شماره تلفن مطب:	

مشخصات واحد تزریقات و پانسمان

۱۵- نام واحد:	۱۶- مساحت واحد:	
۱۷- آدرس محل تزریقات:	شماره تلفن محل:	
۱۸- آدرس منزل:		
شماره تلفن منزل:	شماره تلفن موبایل:	ساعات کاری:

اینجانب متصدی واحد تزریقات و پانسمان صحت مطالب بالا را تایید و متعهد می گردم تغییر آدرس و تغییر پزشک مسئول و تعطیلی مطب و هرگونه تغییرات دیگر را در اولین فرصت به اطلاع اداره امور درمان برسانم و مجوز صادر شده را تحویل واحد صدور پروانه دانشکده علوم پزشکی مراغه نمایم، در غیر اینصورت در مقابل هرگونه تصمیم اداره امور درمان اعتراضی نخواهم داشت.

امضاء و اثر انگشت متقاضی