

بسمه تعالیٰ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان گیلان

معاونت درمان

ادراه نظارت و اعتباربخشی

دفتر کار خانم / آقای

نشانی :

شماره تماس دفتر کار:

تلفن همراه :

آدرس ایمیل :

آمار عملکرد

سال سه ماهه

تعداد کل بیماران	تعداد بیماران مراجعه کننده (بیش از یکبار)	تعداد بیماران (اولین مراجعه)	تعداد ماه
.....
.....
.....
.....
جمع کل		

مهر و امضاء