

تاریخ :  
شماره :  
پیوست :

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان

فرم درخواست رسیدگی به شکایات درمانی

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:	سال تولد:
مرکز درمانی یا فرد مورد شکایت:			
موضوع شکایت:			
شرح شکایت:			
ادامه در پشت برگه			
برای همین موضوع به کدام مراجع قضایی شکایت کرده اید؟ مدارک پیوست:(لطفا نوع و تعداد مدارک را بنویسید)			
آدرس:			
تلفن ثابت یا همراه:		امضاء یا اثر انگشت شاکی	
این قسمت توسط کارشناس اداره نظارت تکمیل میگردد		اقدامات انجام شده توسط کارشناس: نظریه مسئول اداره نظارت: تاریخ ارسال پاسخ به شاکی یا سایر مراجع ذیربط:	