

کد : IT / 04 / FR / 01	<p style="text-align: center;">دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان</p> <p style="text-align: center;">مرکز آموزشی ، درمانی و پژوهشی بوعلی</p> <p style="text-align: center;">واحد انفورماتیک و اطلاعات سلامت</p>	
تاریخ تدوین : ۱۴۰۲/۰۶/۰۱		
تاریخ بازنگری: در صورت تغییر بازنگری انجام میشود.		
فرم درخواست انجام خدمت		

نوع درخواست :

نام بخش:

	شرح درخواست متقاضی
--	---------------------------

	وضعیت انجام خدمت
--	-------------------------

امضا ریاست بیمارستان	امضا حراست	امضا واحد انفورماتیک	امضا متقاضی