

کد : IT / 05 / FR / 01

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی زاهدان



مرکز آموزشی ، درمانی و پژوهشی بوعلی

واحد انفورماتیک و اطلاعات سلامت

تاریخ تدوین : ۱۴۰۲/۰۶/۰۱

تاریخ بازنگری: در صورت
تغییر بازنگری انجام میشود.

فرم درخواست کاربری سامانه هیاتیت

نام و نام خانوادگی :

شماره نظام پزشکی :

کد ملی :

شماره همراه:

کاربر گرامی ، دسترسی شما فقط جهت نمایش اطلاعات ثبتی می

باشد و ویرایش اطلاعات از سمت شما امکان پذیر نمیباشد.

امضا متقاضی	امضا واحد انفورماتیک	امضا مسئول سامانه هیاتیت	امضا حراست	امضا ریاست بیمارستان