

گواهی انجام کار پزشکان و ماماهاى برنامه پزشک خانواده شهری مرکز خدمات جامع سلامت ..... ماه ..... سال .....

مرخصى مازاد	مرخصى استعلاجى		مرخصى ساعتى		مرخصى روزانه		جمعيت ثبت نام شده	ساعت كارى	تاريخ پايان كار	تاريخ شروع به كار	سمت	نام و نام خاوادگى	رديف
	تاريخ	تعداد	تاريخ	تعداد	تاريخ	تعداد							

تعداد پسخورانده دريافتى در اين ماه	تعداد ارجاع به متخصص		تعداد بيماران ويزيت شده	نام پزشک
	القائى	تجويزى		

القائى : بيمارانى كه به دستور متخصص يا درو و اصرار بيمار به خواست و اصرار بيمار به پزشک خانواده جهت دريافت فرم ارجاع مراجعه مى نمايند.

مهر و امضاء مسؤل

گواهی انجام کار پزشکان و ماماهاى برنامه پزشک خانواده شهری ..... ماه ..... سال .....

مرخصى مازاد	مرخصى استعلاجى		مرخصى ساعتى		مرخصى روزانه		جمعیت ثبت نام شده	ساعت کارى	تاریخ پایان کار	تاریخ شروع به کار	سمت	نام و نام خوادگى	ردیف
	تاریخ	تعداد	تاریخ	تعداد	تاریخ	تعداد							

تعداد پسخوراند دریافتى در این ماه	تعداد ارجاع به متخصص		تعداد بیماران ویزیت شده	نام پزشک
	القائى	تجویزى		

القائى : بیمارانى که به دستور متخصص یا درو و اصرار بیمار به خواست و اصرار بیمار به پزشک خانواده جهت دریافت فرم ارجاع مراجعه می نمایند.