تاریخ:
پیوست:

بیمارستان شهدای یافت آباد

فرم ثبت شکایات ارباب رجوع

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:
شماره تماس:	آدرس:
شماره پرونده بیمار:	پزشک معالج:

خواهشمند است شکایت خود و یا بیمارتان را در این قسمت مکتوب فرمایید.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

محل دستور ریاست/مدیریت بیمارستان:

.....

همکار محترم خواهشمند است توضیحات لازم را درج بفرمایید:	نتیجه بررسی:
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....