

فرم ملاقات با رئیس مرکز بهداشت شهرستان کاشان

 شماره ثبت دبیرخانه:

تاریخ ملاقات: .......................... ساعت ملاقات : .....................................

**مشخصات درخواست کننده** : .

نام و نام خانوادگی: .......................... عنوان شغل: .......................................

نوع همکاری : رسمی قراردادی  شرکتی  سایر  محل خدمت: ......................................

شماره تلفن همراه : ................................ شماره تلفن ثابت: ................................

نشانی : .........................................................................................................................................................................................................................................

**درصورتی که قبلا با رئیس مرکز بهداشت شهرستان ملاقات داشته اید با ذکر موضوع بیان کنید:**

**...................................................................................................................................................**

**موضوع مورد** درخواست:

لطفا در چند سطر رئوس موضوعات مورد نظر خود را جهت طرح در جلسه ملاقات با رئیس مرکز بهداشت شهرستان فهرست وار بنویسید

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 امضا و تاریخ متقاضی:

اظهار نظر رئیس مرکز بهداشت شهرستان:

.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 امضا رئیس مرکز بهداشت شهرستان

نتایج پیگیری دستورات: .........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 تاریخ خاتمه رسیدگی به درخواست