

تاریخ:

بیمارستان آموزشی درمانی شهید رجایی یاسوج

شماره:

فرم رسیدگی به شکایات بیمارستانی

سال تولد:	نام پدر:	نام و نام خانوادگی:
مرکز درمانی یا فرد مورد شکایت :		
موضوع شکایت:		
شرح شکایت :		
ادامه در پشت برگه		
برای همین موضوع به کدام مراجع قضایی شکایت کرده اید؟ مدارک پیوست:(لطفا نوع و تعداد مدارک را بنویسید)		
: آدرس		
تلفن ثابت یا همراه:	امضاء یا اثر انگشت شاکی	
اقدامات انجام شده توسط کارشناس		
نظریه مسئول اداره نظارت		
تاریخ ارسال پاسخ به شاکی یا سایر مراجع ذیربط :		