

فرم تحویل و تحول وسایل بیماران

نام: _____		نام خانوادگی: _____			شماره پرونده: _____	
تاریخ پذیرش: _____		تاریخ تولد: _____			نام پدر: _____	
						تاریخ شیفت
						نام وسیله
						مهر و امضاء تحویل گیرنده

توضیح: در ابتدای شیفت خود، طبق لیست تجهیزات را تحویل گرفته و نواقص را به مرکز اطلاع دهید.