

صور تجلسه بازديد

مسئول فنی: ----- نام مرکز: ----- شيفت فعاليت: ----- ساعت کاری: -----

مرجع صدور مجوز فعاليت: ----- نام روانشناس: ----- نام پرستار: -----

نام مددکار: -----

تعداد بیماران به تفکیک داروی آگونيست: -----

ساعت بازديد: ----- تاريخ بازديد: -----

نام بازديدکنندگان: -----

نشانی و شماره تماس: -----

گزارش بازديد:

امضای مسئول فنی:

امضای بازديدکنندگان:

