



معاونت درمان

فرم گزارش بازدید کارشناس دندانپزشکی

آقای / خانم:

به نشانی:

تلفن:

در بازرسی که در ساعت صبح / عصر / مورخ / / توسط بازرسان و کارشناسان دندانپزشکی اداره نظارت بر امور درمان دانشگاه مشهد بعمل آمو تخلفات و نواقص ذیل مشاهده گردید:

ردیف	تخلفات و نواقص	تذکرات و پیشنهادات

بدینوسیله از شما تقاضا می شود از تاریخ فوق ظرف مدت روز نسبت به رفع نقایص / تعطیلی محل فوق اقدام نمایید. بدیهی است جهت توضیحات لازم در روز مورخه / / ساعت صبح به کارشناسی دندانپزشکی به آدرس ذیل مراجعه نمایید.

بازرسین کارشناس دندانپزشکی

نام و نام خانوادگی بازدید شونده

امضاء

امضاء