



معاونت درمان - اداره نظارت بر درمان

کارشناسی دندانپزشکی - فرم شکایت

مشخصات شاکی

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه	کدملی
---------------------	----------	----------------	-------

علت شکایت:

آدرس شاکی:	تلفن
------------	------

مشخصات متشاکی

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:	کدملی:
---------------------	----------	-----------------	--------

عنوان شغلی:

شماره نظام پزشکی:

آدرس محل کار متشاکی:

تلفن:

موضوع شکایت:

تاریخ و امضاء:

نشانی: مشهد- بلوار شهید فکوری- مابین میدان شهید آل شهیدی و شهید جوان- ساختمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی مشهد -

واحد کارشناسی دندانپزشکی تلفن: ۳۸۷۶۳۱۲ - ۳۸۷۹۵۰۳۱ (داخلی ۱۱۵۲)