

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شیراز

فرم مستندات آموزش ارائه شده در حیطه صیانت از حقوق گیرندگان خدمت



نام واحد:

نام دوره مرتبط با صیانت از حقوق شهروندی	تعداد افراد واجد شرایط شرکت در جلسه آموزشی	تعداد افراد شرکت کننده	تاریخ برگزاری جلسه آموزشی
مهر و امضاء مسئول آموزش واحد		مهر و امضاء مدیریت واحد	