



شبکه بهداشت و درمان ورامین

جلسه شورای کارشناسی مرکز خدمات جامع سلامت	جلسه شماره ی : .
نام و نام خانوادگی مسئول مرکز:	محل جلسه :
واحد برگزار کننده :	تاریخ برگزاری :
اداره کننده جلسه:	زمان جلسه : از ساعت..... تا ساعت
موضوع جلسه :	
-۱.....	
-۲.....	
-۳.....	
-۴.....	

مقدمه :

شماره مصوبه قبلی	پیگیری مصوبات جلسه قبل مورخ	انجام شد	درصد انجام	انجام نشد	گزارش انجام یا علت عدم انجام

شماره مصوبه	مصوبات جلسه فعلی مورخ	ناظر و پیگیری کننده	فرد یا افراد مسئول انجام	مهلت انجام
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

مشخصات شرکت کنندگان در جلسه: مورخ:					
نام و نام خانوادگی	سمت	امضا	نام و نام خانوادگی	سمت	امضا