



SheetNo:119
1399/03/10-V1

تاریخ:

کد پایگاه:

شماره:

اورزانی پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه
فرم بازگشت داروهای تاریخ نزدیک (کمتر از ۳ ماه) به انبار

ردیف	نام دارو یا تجهیزات	تاریخ انقضاء	تعداد
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			
مهر و امضاء مسئول پایگاه(تحویل دهنده):		مهر و امضاء مسئول امور پایگاه ها/منطقه:	

مهر و امضاء تحویل گیرنده(انبار):

توضیحات:

اوراق اداری یکی از ابزار کار هر واحد و استفاده از ابزار ناقص موجب افزایش هزینه و کاهش کیفیت خدمات می باشد. هرگونه نظر، انتقاد، پیشنهاد و یا نقص در اوراق را به واحد کنترل کیفیت اطلاع دهید.