



SheetNo36

1397/04/24-V2

مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی اصفهان

فرم تعویض / جایجائی شیفت

اینجانب تقبل می نمایم شیفت مورخ () پایگاه

/ () اتاق فرمان / (EOC) آقای / خانم را انجام وظیفه نمایم. در ضمن ایشان

شیفت مورخ () پایگاه / () اتاق فرمان / (EOC) اینجانب را

انجام وظیفه می نمایند.

امضاء مسئول

امضاء تحویل گیرنده

امضاء تحویل دهنده