

## فرم اطلاعاتی برد مسئول واحد

کد فرم ۱۱۳-۰۱ تاریخ:	معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی نام فرم: آمار تعداد نسخ دوره تکمیل فرم: ماهانه	مرکز/شبکه نام واحد .....  نوع واحد: <input type="checkbox"/> مرکز/امراکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/> مرکز/امراکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/> پایگاه بهداشتی
-------------------------	--	--

تعداد نسخ						تعداد نسخ
جمع	خدمات درمانی	نیروهای مسلح	تامین اجتماعی	بیمه روستایی	آزاد	ماههای سال
						فروردین
						اردیبهشت
						خرداد
						تیر
						مرداد
						شهریور
						مهر
						آبان
						آذر
						دی
						بهمن
						اسفند
						جمع