



فرم ثبت دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی ضایعات توسط فراگیر (دانشجو)

تاریخ / شیفت / بخش	نام دارو	تعداد	نام لوازم	تعداد
مهر و امضاء سرپرستار/مسئول شیفت :			مهر و امضاء مربی :	

مربی محترم : فرم مذکور صرفاً برای تعیین تکلیف لوازم و داروهای مصرفی بخش بوده و هیچ گونه عواقبی برای مربی یا دانشجو ندارد. فرم پس از تکمیل تحویل مسئول شیفت بخش شده تا در شیفت صبح توسط معاونت آموزشی بیمارستان جمع آوری گردد.