

<p><b>شماره سند:</b> MA-31</p> <p><b>FO-</b></p> <p><b>شماره باز نگری:</b> 01</p>	<p><b>عنوان سند :</b></p> <p>فرم درخواست تأیید استعلامی</p>	
---	---	---

تاریخ: / /

.....یزشک معتمد بیمارستان جناب آقای دکتر/سرگار خانم دکتر....

سلام پا

احترام ای بے پیوس-ت ..... برگ مداری اس تعالجی  
خانم آقای ..... جهت بررسی و اظهار نظر ایفاد می گردد.

## مدير واحد : امضاء :

نظریہ پزشک معتمد بیمارستان:

شماره سند: MA-31 FO- شماره باز نگری: 01	عنوان سند : فرم درخواست تأیید استعلامی	
---	--	---

امضا