



بِسْمِ تَعَالَى
مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی

نام خط مشی:

نام بخش: نام مدرس:

ردیف	نام و نام خانوادگی	تاریخ	امضاء
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			
۱۱			
۱۲			
۱۳			
۱۴			
۱۵			

امضاء سوپروایزر آموزش

امضاء سرپرستار

آموزش پرستاری