|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| کدملی: | نام پدر: | نام و نام خانوادگی: |
| آدرس: | تلفن: | تاریخ ثبت شکایت: |
| مشخصات متشاکی (نام موسسه یا فرد) | | |
| نشانی متشاکی : | | |
| موضوع شکایت : | | |
| توضیحات : | | |

 فرم ثبت شکایت دبیرخانه

دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني

جندي شاپور اهواز

معاونت درمان

کمیسیون ماده 11 تعزیرات حکومتی دانشگاه

اهواز،امانیه ،خیابان خرم ،ساختمان معاونت درمان