|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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