

## فرم درخواست تعمیرات تجهیزات

نام و امضاء مسئول مرکز / شعبه :	مدل / نوع دستگاه : کد / شماره اموال : شعبه / محل نصب :	درخواست کننده
شرح مشکل / درخواست :		

تاریخ دریافت کالا / وسیله : ..... / ..... / ..... ۱۴

توضیحات :	واحد گسترش شبکه بهداشت و درمان
-----------	--------------------------------

اقدامات انجام شده :	واحد فناوری اطلاعات IT
---------------------	------------------------

تاریخ تحویل به بخش : ..... / ..... / ..... ۱۴ آیا رفع عیب انجام شده است ؟ ..... توضیحات یا رضایت بخش :	اظهارات درخواست کننده بعد از تعمیر
--	------------------------------------

مدیرت شبکه بهداشت و درمان شهرستان فومن	امضاء درخواست کننده مرکز / شعبه	کارشناس مسئول گسترش شبکه بهداشت و درمان شهرستان فومن
--	---------------------------------	--