اسامی افراد شاغل در درمانگاه(کلیه پرسنل اداری و درمانی) ............. مورخ ...........................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **کدملی** | **تاریخ تولد**  **روز/ماه/سال** | **سمت** | **وضعیت واکسیناسیون کرونا** | |
| **انجام شده** | **انجام نشده** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

مهر و امضاء مسئول فنی

**کلیه آیتم ها به صورت تایپ شده تکمیل شود و پس از مهر و امضاء مسئول فنی اسکن فایل حداکثر تا تاریخ 31/01/1400 به آدرس** [**darmanjonob@gmail.com**](mailto:darmanjonob@gmail.com) **ارسال گردد ،زمان دریافت فرم تکمیل شده تمدید نخواهد شد و در صورت عدم ارسال فرم خوانا به آدرس فوق الذکر به منزله عدم تمایل به انجام واکسیناسیون لحاظ می گردد.**