**دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني تهران**

**معاونت بهداشتي**

مرکز بهداشت جنوب تهران

 دفتر بازدید**/** فرم ارزشیابی : مرکز / پایگاه / خانه بهداشت

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| آیتمهایی که مورد ندارد | آیتمهایی که امتیاز نیاورده اند  | نام کارشناس بازدید کننده | نام واحد بازدیدکننده | تاریخ بازدید |
|   | - |  |  |  |
| موارد قابل پیگیری به شرح ذیل جهت ارائه پس خوراند بازدید ظرف مدت ده روز به ستاد : نام ونام خانوادگی ومحل امضاءبازدید کننده : |
| مهر و امضاء سرپرست مرکز /پایگاه:  |  نمره بازدید بصورت کسری : |
|  امتیازکسب شده :  |