**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 : | | |