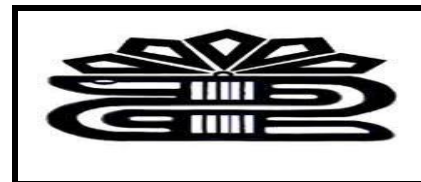


بسمه تعالی

واحد فناوری اطلاعات بیمارستان امام خمینی ره پلدختر

فرم ثبت مشخصات پزشکان در سیستم HIS



مشخصات پزشک :			
		نام خانوادگی :	نام :
		تاریخ تولد :	کد ملی :
		تلفن همراه :	نام پدر :
		نوع تخصص :	مدرک تحصیلی :
	نمی باشد	مشمول تمام وقتی : می باشد	شماره نظام پزشکی :
		تاریخ ابلاغ به واحد فناوری اطلاعات :	تاریخ شروع قرار داد :
			نمونه امضا پزشک

تاریخ بازنگری : اردیبهشت ۱۴۰۲