

دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس
مشخصات شکایت

نام شاکي :	تاریخ تماس:
نسبت با بیمار:	شماره ثبت:
شماره موبایل:	نوع تماس:
شماره تلفن :	فقط تماس:
سن بیمار:	نام بیمار:
نام پدر:	نام خانواده گی بیمار:
کد پستی:	کد ملی:
	آدرس:
	تاریخ مشکل:
	نام متشاکي :
	محل کار متشاکي:
	موضوع شکایت:
	مشکل بیمار: