



**گزارش فعالیتهای آموزشی جهت پیگیری دفتر پرستاری :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

مهر و امضای سوپروایزر آموزشی

**گزارش فعالیتهای پرستار کنترل عفونت جهت پیگیری دفتر پرستاری :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

مهر و امضای پرستار کنترل عفونت

**گزارشات پرسنلی و اداری واحدهای ارائه دهنده خدمات مرکز :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....مهر و امضای سوپروایزر بالینی

**نظریه مدیر خدمات پرستاری :**

.....

.....

.....

.....

.....مهر و امضای مدیر خدمات پرستاری