|  |
| --- |
| Copy of File0000583**آرم****بیمارستان****بسمه تعالي****مركز آموزشي، درماني/ بیمارستان** ...................................  |
| **عنوان خط مشي:**  |
| **كد خط مشي: (مثالNC/M&L/1 غیر بالینی شماره یک از مدیریت و رهبری)****تعداد صفحه: 1 از n** | تاريخ تدوين: تاريخ آخرين بازنگري: تاريخ آخرین ابلاغ : |

**تعاریف :**

**خط مشي :**

**دامنه خط مشی:**

**فرد پاسخگوي اجرای خط مشي**:

**روش** (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن)**:**

1)

2)

3)

**.**

**.**

**.**

|  |
| --- |
| Copy of File0000583**آرم****بیمارستان****بسمه تعالي****مركز آموزشي، درماني/ بیمارستان** ...................................  |
| **عنوان خط مشي:**  |
| **كد خط مشي: NC/M&L/1****تعداد صفحه: 2 از n** | تاريخ تدوين: تاريخ آخرين بازنگري: تاريخ آخرین ابلاغ : |

**امكانات و تسهيلات مورد نياز و چك ليست كنترل آن** : (برحسب ضرورت)

**جدول اسامي :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي تهيه كنندگان** | **سمت** | **امضاء** | **نام و نام خانوادگي تهیه كنندگان** | **سمت** | **امضاء** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| نام و نام خانوادگي تایید كننده : سمت : تاريخ تایید: امضاء :  |
| نام و نام خانوادگي ابلاغ كننده: سمت : شماره و تاريخ ابلاغ : امضاء :  |

 **منابع مورد استفاده :**

1)

2)

.