



دانشگاه علوم پزشکی
خدمات بهداشتی درمانی تهران
دانشکده توانبخشی

بسمه تعالی

تاریخ:
شماره:
پیوست:

(فرم ملاقات با ریاست)

ساعت: ۸-۹/۳۰

زمان: چهارشنبه ها

(رضایت و تکریم ارباب رجوع هدف اصلی سازمان است)

نام خانوادگی: نام:

عنوان/پست سازمانی:

* تلفن تماس:

* موضوع ملاقات:

موضوع ملاقات شما به کدام بخش دانشکده ارتباط دارد؟

لطفاً در صورتی که با مسئول بخش مربوطه موضوع را در میان گذاشته اید نتیجه طرح موضوع را مطرح نمایید؟

آیا مایلید مسئول دیگری به جز ریاست دانشکده در زمان ملاقات حضور داشته باشد (در صورت پاسخ مثبت لطفاً ذکر بفرمائید).

تصمیمات اتخاذ شده: