

کد فرم: ۰۰۳-۰۰۰-۱۴۰۰-م

فرم گزارش اقدامات صورت گرفته جهت پشتیبانی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی از سمن ها در راستای اهداف کلی سلامت ابلاغ شده توسط وزیر محترم بهداشت
نام دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی:
نام کارشناس تکمیل کننده گزارش:
تاریخ تکمیل گزارش:
نام سازمان مردم نهاد پشتیبانی شده:
آیا حوزه سازمان های مردم نهاد سلامت به تنهایی اقدامات مورد نظر را انجام داده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر خیر، نام معاونت های دانشگاه یا سایر سازمان های همکار در اقدامات صورت گرفته را قید نمایید:
شرح مختصری از اقدامات صورت گرفته جهت پشتیبانی از سمن را قید نمایید.
مستندات مربوطه شامل نامه اداری، تفاهم نامه، قرارداد، صورت جلسه و یا هر گونه شواهد معتبر اداری دال بر انجام فعالیت را پیوست نمایید.