

جدول بانک اطلاعات همراه سرهای دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی ..... سال ....

نام/نام خانوادگی و شماره تماس مسئول همراه سرا	تعداد تخت	وضعیت مدیریت			سال ساخت و بهره برداری	تاریخ شروع فعالیت	زیربنا و متراژ زمین	نوع خدمات همراه سرا		محل استقرار		نام همراه سرا	نام بیمارستان	همراه سرا		نام شهرستان
		خیرین	بیمارستان	سایر (ذکر شود)				سرا	رفاهی	داخل بیمارستان	خارج بیمارستان			ندارد	دارد	

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

تاریخ تکمیل فرم:

نکته: در راهنمای فرم های برنامه عملیاتی توضیحات مبسوط ارائه شده است.