

مرکز / شبکه :

معاونت امور بهداشتی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی

شهید بهشتی

کد فرم ۱۰۳-۰۱-۰۸

تاریخ تکمیل / /

فصل

نام واحد :

فرم نتایج بررسی فرم گزارش خدمات بهداشت دهان و دندان

دوره ارسال فرم : سه ماهانه

نوع واحد : ستاد

روز حضور در سه ماه	میانگین امتیاز ماهانه	امتیاز کل	امتیاز	ضریب	فلوراید تراپی	امتیاز	ضریب	پاپانوما	امتیاز	ضریب	جرمگیری	امتیاز	ضریب	معاینه	امتیاز	ضریب	کشیدن	امتیاز	ضریب	ترمیم	امتیاز	ضریب	فیشور سیلنت	نام دندانپزشک
				۶			۸			۲			۱			۲			۶			۶		
				۶			۸			۲			۱			۲			۶			۶		
				۶			۸			۲			۱			۲			۶			۶		
				۶			۸			۲			۱			۲			۶			۶		
				۶			۸			۲			۱			۲			۶			۶		
				۶			۸			۲			۱			۲			۶			۶		
				۶			۸			۲			۱			۲			۶			۶		
				۶			۸			۲			۱			۲			۶			۶		
				۶			۸			۲			۱			۲			۶			۶		
				۶			۸			۲			۱			۲			۶			۶		
				۶			۸			۲			۱			۲			۶			۶		

نام و سمت تکمیل کننده :

امضاء :

نام و امضاء مسئول مرکز/ شبکه :

