



دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی دکتر علی شریعتی



کد سند : EDO/1403/005

تاریخ تدوین : ۱۴۰۳/۰۱/۱۵

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۱۵

فرم درخواست ملاقات

فرم درخواست ملاقات

نام و نام خانوادگی:	رشته تحصیلی:
شماره دانشجویی:	شماره همراه:
نوع ملاقات:	حضور غیر حضوری
نوع درخواست:	فوری عادی
نوع بررسی درخواست:	پیشنهاد راهکار انتقاد/بررسی مشکلات
متن درخواست :	
نتیجه و نظر معاونت آموزشی پژوهشی بیمارستان:	
تاریخ مراجعه مجدد:	/ / ندارد
تاریخ و امضا متقاضی:	امضا تحویل گیرنده :

کد پستی: ۷۹۱۴۹۶۴۱۵۷
وب سایت: dshh.hums.ac.ir

آدرس : بندرعباس بلوار شهید ناصر بیمارستان شهید دکتر علی شریعتی
تلفن : ۰۷۶-۳۳۳۳۲۴۲۴
پست الکترونیک: dshh@hums.ac.ir