



فرم تعویض شیفت
مرکز آموزشی درمانی حضرت زینب (س)

شماره:
تاریخ:
شماره صفحه: 1 از 1

سوپروایزر محترم کشیک

خواهشمند است با تعویض شیفت موافقت نمایید :

خانم در شیفت مورخ و
خانم در شیفت مورخ انجام وظیفه می کنند .
تاریخ و امضاء پرسنل متقاضی امضاء پرسنل جایگزین

تایید سوپروایزر کشیک

تایید مسئول بخش

NM-F-02/01

توزیع نسخ: کلیه بخش های درمانی ، دفترپرستاری



فرم تعویض شیفت
مرکز آموزشی درمانی حضرت زینب (س)

شماره:
تاریخ:
شماره صفحه: 1 از 1

سوپروایزر محترم کشیک

خواهشمند است با تعویض شیفت موافقت نمایید :

خانم در شیفت مورخ و
خانم در شیفت مورخ انجام وظیفه می کنند .
تاریخ و امضاء پرسنل متقاضی امضاء پرسنل جایگزین

تایید سوپروایزر کشیک

تایید مسئول بخش

NM-F-02/01

توزیع نسخ: کلیه بخش های درمانی ، دفترپرستاری