

## مرکز درمان سوء مصرف مواد.....

صورتجلسه هماهنگی پرسنل مرکز مورخ / /

جلسه هماهنگی تیم درمانی مرکز درمان سوء مصرف مواد ..... در تاریخ / / با حضور اعضاء زیر تشکیل گردید . مقرر شد:

نام ونام خانوادگی روانپزشک:

امضاء

نام ونام خانوادگی پرستار:

امضاء

نام ونام خانوادگی منشی

امضاء

نام ونام خانوادگی مسئول فنی:

امضاء

نام ونام خانوادگی روانشناس:

امضاء

نام ونام خانوادگی مددکار:

امضاء