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 مسئول فنی:
امضاء

نام ونام خانوادگی روانشناس:
امضاء

نام ونام خانوادگی مددکار:
امضاء

نام ونام خانوادگی روانپزشک:
امضاء

نام ونام خانوادگی پرستار:
امضاء

نام ونام خانوادگی منشی
امضاء