

دانشگاه علوم پزشکی

اداره بازرسی و پاسخگویی به شکایات

شماره:

فرم ثبت شکایت تلفنی

تاریخ:

تاریخ	ساعت	نام و نام خانوادگی	متشاکي	آدرس و تلفن شاکی	گیرنده تلفن	ارجاع به کارشناس

شرح متن شکوایه: