بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند

حوزه معاونت بهداشتی- مرکز بهداشت استان

موضوع جلسه:	تاریخ:	واحد برگزار کننده:

اسامی حاضرین در جلسه

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت	دستگاه اجرایی	امضاء	ساعت حضور	تلفن تماس