

شماره ۱۱۷۷۹۷۲
تاریخ ۱۳۸۶/۱۱/۲۴
پست

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
استان فارس

مسئول فنی محترم مرکز درمان سوء مصرف مواد

با سلام و احترام

پیوست فرم آمار ماهانه جدید ارسال می گردد، مقتضی است در پایان هر ماه فرم مذکور تکمیل و صحت و مندرجات آن با مهر و امضاء مسئول فنی تأیید گردد. تخصیص داروهای افیونی براساس بررسی و تأیید کارشناسان معاونت درمان و غذا و دارو میسر خواهد شد، حداکثر زمان تحویل فرم های آماری تا پایان وقت اداری روز پنجم هر ماه می باشد. لازم به ذکر است مراکزی که آمار مذکور را از طریق فاکس یا پست ارسال می کنند بایستی از دریافت آن طی تماس با شماره تلفن ۲۱۲۲۰۳۰ سرکار خانم شمس وار اطمینان حاصل نمایند.

با تشکر
دکتر مهر داد شریفی
مدیر درمان



دکتر امین افشاری

از طرف

معاونت درمان