



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد
شبکه بهداشت و درمان بجنستان

مورخه :

جلسه :

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت و سازمان مربوطه	شماره تماس	امضاء
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				
۱۱				
۱۲				
۱۳				
۱۴				
۱۵				
۱۶				
۱۷				
۱۸				
۱۹				
۲۰				