 (بسمه تعالی)

دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني خراسان شمالي

**معاونت درمان**

**فرم تعیین جانشین مسئول فنی آزمایشگاههای تشخیص طبی**

معاونت محترم درمان دانشگاه

**اینجانب آقای /خانم......................................مسئول فنی آزمایشگاه تشخیص طبی .......................... طی روزهای .............. الی ........................ قادر به انجام وظیفه در این آزمایشگاه نبوده و آقای/خانم................ را به جانشینی خود معرفی می نمایم.**

 نام و نام خانوادگی مسئول فنی مرکز- مهر و امضاء

**اینجانب دکتر ....................... بعنوان جانشین آقا/خانم..............................**

**کلیه مسئولیتهای ایشان را در مدت عدم حضور در آزمایشگاه تشخیص طبی فوق پذیرفته و انجام وظیفه خواهم نمود.**

 نام و نام خانوادگی- مهرو امضاء

 **لازم به ذکر است که مسئولیت کلیه امور مذکور در تاریخ فوق الذکر بر عهده هر دو مسئول**

 **خواهد بود.**

 اظهار نظر معاونت درمان