 فرم ارجاع سطح 3

**تاریخ: ...../......./.......**

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

معاونت بهداشتي

**(ارجاع موارد تخصصی به کلینیک ویژه دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان)**

**از واحد دندانپزشکی مرکز خدمات جامع سلامت............**

**از واحد پایگاه ثابت سلامت دهان و دندان ........**

**به کلینیک ویژه دندانپزشکی**

با سلام و احترام

بدین وسیله دانش آموز آقای/خانم...............................فرزند.............پایه.............جهت درمان تخصصی ............................................به آن کلینیک معرفی

می گردد.خواهشمند است اقدامات لازم را معمول و نتایج اقدامات انجام شده را اعلام فرماييد.

مهر و امضا دندانپزشک مهر و امضا دندانپزشک

مرکز خدمات جامع سلامت پایگاه ثابت سلامت دهان و دندان

****

**✂**

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

معاونت بهداشتي

**از کلینیک ویژه دندانپزشکی تاریخ: ...../......./.......**

**به واحد دندانپزشکی مرکز خدمات جامع سلامت............**

**به پایگاه ثابت سلامت دهان و دندان شماره.........**

با سلام و احترام

بدین وسیله دانش آموز آقای/خانم.............................فرزند.............پایه............تحت درمان تخصصی............................................قرار گرفت. مراتب جهت

اطلاع ارسال می گردد. مهر و امضا دندانپزشك متخصص