 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