

بسمه تعالی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

اداره بازرسی و پاسخگویی به شکایات

شکایت نامه

نام و نام خانوادگی شاکی:	نام پدر:
شماره شناسنامه:	سال تولد:
میزان تحصیلات:	رشته تحصیلی:
وضعیت خاص:	نوع اشتغال:
خانواده شهید <input type="checkbox"/>	جانباز <input type="checkbox"/>
معلول <input type="checkbox"/>	بی سرپرست <input type="checkbox"/>
آزاده <input type="checkbox"/>	تحت پوشش مرکز امدادی <input type="checkbox"/>
واحد یا فرد مورد شکایت:	
موضوع شکایت:	
شرح شکایت:	
شماره و تاریخ ثبت شکایت نامه در دبیرخانه	
برای همین موضوع قبلاً" به کدام مرجع قانونی یا قضایی شکایت کرده اید؟	
مدارک ضمیمه:	
نشانی:	
تلفن:	
امضاء:	
تاریخ:	