



FRM-EDU&RES-10-R0

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوم

مرکز آموزشی درمانی پاستور

معاونت آموزشی

فرم مرکز مهارت‌های بالینی

گروه :

کارگاه:

تاریخ :

استاد مربوطه :

ردیف	عناوین	وسایل و لوازم مصرفی کارگاه مربوطه
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

مهر و امضاء مدرس: