



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم اعلام نتیجه رسیدگی به شکایت

کد مدرک :

تاریخ صدور :

شماره بازنگری :

تاریخ بازنگری :

صفحه ۱ از ۱

فرم شماره ۶ :

کلاس:

کمیته:

سرکار خانم / جناب آقای

بازگشت به شکایت ثبت شده به شماره مورخ به اطلاع می رساند
با توجه به بررسی های انجام شده، اقدام / اقدامات ذیل صورت گرفته است .

۱-

۲-

۳-

۴-

نام و نام خانوادگی کارشناس بررسی و پیگیری شکایت

امضاء

مدیر نظارت بر مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی و اسگاه

امضاء و مهر اسگاه

تهیه کننده :	تأیید کننده :	تصویب کننده :
تاریخ :	تاریخ :	تاریخ :