ریاست محترم مرکز بهداشت شماره 2 اصفهان

خانم دکتر ابوفاضلی

**باسلام و احترام**

**پیرو بازدید کارشناس برنامه سلامت ........ در تاریخ ...................از برنامه …….. این مرکز/ پایگاه ، پیشنهادات ارائه شده در گزارش پایش، توسط همکاران شاغل در این مرکز / پایگاه مطالعه گردید،بدینوسیله گزارش اقدامات انجام شده درطی …………..روز/ماه در راستای بهبود فرایند (مداخلات انجام شده) به واحد سلامت ............(برنامه......... ) ارسال می گردد.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **فرایند بررسی شده** | **مدت زمان پیشنهادی اصلاح فرایند** | **این ستون توسط پرسنل مرکز/پایگاه بهداشتی نظارت شده تکمیل می گردد.** |
| **اقدام كننده** | **اقدامات انجام شده در راستای بهبود فرایند** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

تاریخ تکمیل : نام و مهر مسئول مرکز /پایگاه :