

فرم گزارش فوری مرگ کودکان ۵۹ - ۱ ماهه

دانشگاه علوم پزشکی
شهرستان.....

« فرم شماره یک »

زیر گروه زیر گروه	علت مرگ (زیرگروه)	علت مرگ (گروه اصلی)	تاریخ گزارش به مسئول مرگ	آدرس دقیق محل سکونت ، با ذکر نام شهر، روستا عشایر	شهرستان محل فوت	مکان فوت	جنس	سن متوفی (ماه)	تاریخ تولد	تاریخ فوت	نام نام خانوادگی	ردیف

امضاء رئیس مرکز بهداشت شهرستان.....

امضاء و نام و نام خانوادگی گزارشگر.....

تاریخ گزارش به معاونت.....