

فرم دریافت شکایت مردمی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

مشخصات فرد شاکی:		
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:
کد ملی:	محل صدور: استان	تاریخ تولد:
کد پستی:	شهرستان:	روز ماه سال
میزان تحصیلات:	شغل:	محل اشتغال:
آدرس محل اشتغال و تلفن:		
آدرس محل سکونت و تلفن:		
نام و آدرس شرکت:		
وضعیت خاص:		
- نام دستگاه یا واحد سازمانی مورد شکایت:		
- آیا سابقه طرح شکایت یا درخواست از این دستگاه را داشته اید؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>		
خلاصه شکایت یا درخواست:		
تاریخ:	امضاء و اثر انگشت	
دستور مدیر / رئیس	شماره ورود به دبیرخانه واحد سازمانی	