

مرکز بهداشت استان

شناسنامه و اطلاعات مراکز درمان (MMT)

اطلاعات سه ماهه سال ۱۳۹۱

ردیف	شهرستان	نام مرکز	نشانی	کد پستی	تلفن	تاریخ اخذ مجوز مرکز	نوع مجوز		
							بهبیستی	دانشگاه	زندانی
۱									
۲									

ردیف	نوع مرکز				نوع وابستگی			نوع مدیریت		نوبت کاری		مجوز واحد		تاریخ اخذ مجوز		نام و نام خانوادگی مسئول فنی مرکز		نام مسئول /مسئولان فنی واحد آگونیست	
	سراپائی	بستری	اقامتی	اجتماع مدار	دولتی	غیر دولتی	دولتی	خصوصی	مردم نهاد	نیمه وقت	تمام وقت	دارد	ندارد	واحد آگونیست	واحد آگونیست	نام و نام خانوادگی مسئول فنی مرکز	نام مسئول /مسئولان فنی واحد آگونیست		
۱																			
۲																			

ردیف	تعداد پزشکان شاغل	تعداد پزشکان شاغل دوره دیده	تعداد بهیار /پرستار شاغل	تعداد روانپزشک شاغل		تعداد روانپزشک دوره دیده	تعداد روانشناس شاغل	تعداد روانشناس دوره دیده	تعداد مدد کار شاغل	تعداد مددکار دوره دیده	تعداد مددیار /یاوردوره دیده
				تمام وقت	پاره وقت						
۱											
۲											

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم

نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول سلامت روان

تائید رئیس مرکز بهداشت شهرستان

امضا - تاریخ

امضا - تاریخ