

## Ministry of Health &amp; Medical Education

انشگاه علوم پزشکی:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره یرونده:

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				

