

هوالحكيم
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي
دفتر سلامت خانواده و جمعيت
اداره سلامت مادران

شماره :

تاريخ :

فرم گزارش فوري مرگ مادر

استان :

شهرستان :

از

به

سن:

به اطلاع مي رساند خانم

شماره كد ملي:

به نشاني

ساكن شهر/روستا

در تاريخ :

شماره تلفن :

به علت:

فوت کرده است .

بیمارستان

بين راه

در منزل

تاريخ دريافت خبر:

دريافت خبر از طريق :

نام و نام خانوادگي تكميل كننده فرم:

سمت:

امضا: