

**انجمن دکترای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی ایران**  
**Iranian Association of Clinical Laboratory Doctors**

شمارهٔ مدرک: IACLD-F32:00	معتبر از تاریخ: ۹۶/۱۱/۱۱	تاریخ تجدید نظر: ۰۰/۰۰/۰۰	کاربری: نهاد اعتباربخشی	تعداد صفحات: :
<b>فرم درخواست های رسیدگی مجدد</b>				

شماره و تاریخ ثبت درخواست:	* نام و آدرس آزمایشگاه:
کارشناس رسیدگی:	
	* شماره تلفن:                      شماره فکس:                      نشانی الکترونیکی:
* شرح درخواست با ارائه شواهد	
امضادرخواست دهنده / تاریخ	
کارشناس رسیدگی:	
گزارش اقدامات انجام یافته و نتیجه تحقیق:	
امضاء و تاریخ:	
<p style="text-align: center;">مدیر کمیته رسیدگی به شکایت/درخواست رسیدگی مجدد:</p> <input type="checkbox"/> وارد نبودن درخواست به آزمایشگاه کتبا اعلام شده و شماره و تاریخ نامه در این محل ..... ثبت گردد. <input type="checkbox"/> با توجه به وارد بودن درخواست، جلسه تصمیم گیری برگزار شود.	
امضاء و تاریخ:	
کارشناس رسیدگی: کمیته حسب نتایج تحقیق ، در جلسه مورخ	در خصوص درخواست آزمایشگاه تصمیم گیری نمود.
اعضای حاضر در جلسه	
<input type="checkbox"/> مدیر کمیته رسیدگی به شکایت/درخواست رسیدگی مجدد <input type="checkbox"/> متخصص: <input type="checkbox"/> متخصص:	
امضاء و تاریخ:	

انجمن دکترای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی ایران  
Iranian Association of Clinical Laboratory Doctors

شمارهٔ مدرک: IACLD-F32:00	معتبر از تاریخ: ۹۶/۱۱/۱۱	تاریخ تجدید نظر: ۰۰/۰۰/۰۰	کاربری: نهاد اعتباربخشی	تعداد صفحات: :
<b>فرم درخواست های رسیدگی مجدد</b>				

مصوبه صورت جلسه:

نام و امضای مدیر کمیته

کارشناس رسیدگی:

مصوبه به درخواست کننده در تاریخ -----اطلاع رسانی گردید.

امضا/تاریخ

توجه: درخواست دهنده قسمت های ستاره دار فرم را تکمیل و به آدرس [ab@iaclid.ir](mailto:ab@iaclid.ir) ایمیل نماید تا پیگیری های بعدی بعمل آید.