

.....دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان

مرکز بهداشت استان

فرم اطلاع رسانی آسیب دیدگان حوادث غیر مترقبه و بلایا

نام استان:

نام شهرستان:

آدرس بیمارستان:

تلفن بیمارستان:

[illegible]