

فرم گزارش فوری مرگ مادر

هوالحکیم
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت خانواده و جمعیت
اداره سلامت مادران



شماره:

تاریخ:

فرم گزارش فوری مرگ مادر

استان:

شهرستان:

از.....

به.....

به اطلاع می‌رساند خانم.....

ساکن شهر/ روستا..... به نشانی.....

.....

..... در تاریخ.....

به علت.....

در منزل بین راه بیمارستان فوت کرده است

دریافت خبر از طریق.....

تاریخ دریافت خبر.....

نام و نام خانوادگی:

سمت:

امضاء: