**نام فرآیند: بازدید نظارتی از موسسات پزشکی**

واحد مربوطه : **واحد درمان**

مسئول انجام: **مریم فتح اله زاده – صنم توکلی فرد**

مدت زمان انجام فرآیند: **درطول سال**

مدارک مورد نیاز:

**چک لیست نظارتی**

زمان مراجعه : -----

توضیحات : **فلوچارت مربوطه پیوست می باشد.**