فرم شماره 1 **بسمه تعالی**

دانشگاه علوم پزشکی شیراز – دانشکده پزشکی –معاونت طب سرپایی

گزارش عملکرد روزانه درمانگاههای آموزشی اعضای هیأت علمی نام درمانگاه..... ماه.....

روز و تاریخ	نام استاد و گروه آموزشی	تعداد دانشجوی اینترن	تعداد بیمار	ساعت ورود استاد	ساعت خروج استاد	مدت زمان حضور استاد (ساعت)	نام تکمیل کننده فرم	مهر و امضای استاد	عدم حضور استاد	
									با اطلاع	بدون اطلاع