	تنخواه	کد: MH-FO-۰۰۳/۰۵ تاریخ آخرین بازنگری :۱۴۰۳/۰۲/۰۳

نام و نام خانوادگی:	سمت:	شماره تنخواه:
واحد سازمانی:	تاریخ:	

ردیف	تاریخ	عنوان	مرکز خدمات دهنده	مبلغ (ریال)	ملاحظات
			جمع کل (ریال)		

مسئول پشتیبانی : تاریخ - امضا	کارشناس امور مالی: تاریخ - امضا	مدیر امور مالی: تاریخ - امضا	ریاست بیمارستان : تاریخ - امضا