



معرفینامه افراد مجهول الهویه



<p>نام : خردسال مجهول الهوی □ بزرگسال مجهول الهوی □</p> <p>نام خانوادگی (نام اداره بهزیستی شهرستان معرفی کننده):</p> <p>تاریخ صدور معرفینامه (تاریخ تولد):</p> <p>آدرس (استان و شهرستان محل اداره بهزیستی):</p> <p>مهر و امضا</p>	<p>این قسمت توسط سازمان بهزیستی(اداره کل /اداره شهرستان) تکمیل گردد</p>
<p>بیمارستان</p> <p>بیمار مجهول الهویه با کد یکتا(معادل کد ملی) جهت دریافت خدمات بستری حداکثر به مدت سه ماه از تاریخ صدور این فرم، تحت پوشش این سازمان می باشد.</p> <p>مهر و امضا</p>	<p>این قسمت توسط کارشناس ناظر بیمارستانی تکمیل گردد</p>