



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود
معاونت غذا و دارو

بسمه تعالی

« فرم گزارش مصوبات مربوط به مسئول فنی داروخانه »

مشخصات داروخانه و محل آن :

شهر، بخش، دهستان، روستا
نوع داروخانه

نام داروخانه
دانشگاه علوم پزشکی

شماره و تاریخ پروانه تأسیس

تاریخ مجوز تأسیس / انتقال سرمایه

مشخصات مؤسس :

کد ملی
محل صدور

شماره شناسنامه
محل تولد
نوع درخواست

نام و نام خانوادگی
تاریخ تولد
مدرک تحصیلی

شماره و تاریخ پروانه تأسیس

شماره و تاریخ مجوز تأسیس

مشخصات مسئول فنی :

کد ملی
محل صدور

شماره شناسنامه
محل تولد

نام و نام خانوادگی
تاریخ تولد
مدرک تحصیلی

ساعات کار مسئول فنی :

شماره و تاریخ پروانه داروسازی

بررسی کارشناسی :

- 1) مشخصات نامه وارده مربوط به درخواست مؤسس (با شماره و تاریخ ثبت) برای معرفی مسئول فنی
- 2) سوابق کاری مسئول فنی معرفی شده
- 3) نوبت و ساعات پذیرش مسئولیت فنی داروخانه
- 4) وضعیت مسئولیت فنی سایر شیفت ها از نظر حضور مسئول فنی واجد شرایط

تاریخ کارشناسی :

امضاء و مشخصات کارشناس :

نظریه کمیسیون :

پرونده داروخانه ----- در جلسه مورخ ----- کمیسیون قانونی امور داروخانه
های دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی ----- مطرح و با توجه به نامه شماره -----
مورخ ----- متقاضی خانم / آقای ----- و محتویات پرونده،
صلاحیت مسئولیت فنی خانم / آقای ----- جهت نوبت ----- داروخانه مذکور
موافقت گردید نگردید .

اعضاء کمیسیون :

رئیس دانشگاه :

نماینده انجمن داروسازان :

معاون غذا و دارو :

داروساز آزاد به دعوت رئیس دانشگاه :

مدیر دارو :

داروساز منتخب سازمان نظام پزشکی شهرستان مرکز استان :