



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۳/۱۰/۱۹

گزارش بازدید

کد فرم: MA.F.20-02

صفحه ۱ از ۱

ردیف	عنوان پروژه / فعالیت	کیفیت اجرا*	سرعت اجرا*	دستور کار**	اخطار**	صورتحجلسه انجام کار**	عکس**	پیشرفت فیزیکی	توضیحات (فعال/غیر فعال - اقدامات انجام شده-مراحل درحال انجام-برنامه آتی)

* خوب / متوسط / ضعیف

** دارد / ندارد (در صورتی که دستور کار، صورتحجلسه انجام کار یا اخطار داشته باشد باید ضمیمه این فرم گردد)

نام و نام خانوادگی کارشناس (ناظر) امضاء	نام و نام خانوادگی رئیس اداره: امضاء	نام و نام خانوادگی کارشناس کنترل پروژه: امضاء	مدیریت منابع فیزیکی: امضاء
--	---	--	-------------------------------

نام واحد مربوطه :
شهرستان:
تاریخ بازدید :
شروع:
پایان: