



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان	
مرکز آموزشی درمانی نیک نفس	
عنوان: فرم احراز صلاحیت بکارگیری کارکنان کمک پرستاری	
کد: NH-NSM-FO-EQ.PN-03-05	کد سنجه: الف-3-1-2
تاریخ تدوین: مهر 1400	تاریخ بازنگری بعدی: اردیبهشت 1403

اداره بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

ردیف	عنوان	شماره صفحه
1	فرم احراز صلاحیت بکارگیری کارکنان کمک پرستاری	2

تهیه کننده	تاییدکننده	تصویب کننده	ابلاغ کننده
طیبه اژدری (سوپروایزر آموزشی)	طیبه اژدری (رییس خدمات پرستاری)	خانم دکتر میرمطلبی (رئیس مرکز)	خانم دکتر میرمطلبی (رئیس مرکز)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان	
مرکز آموزشی درمانی نیک نفس	
عنوان: فرم احراز صلاحیت بکارگیری کارکنان کمک پرستاری	
کد: NH-NSM-FO-EQ.PN-03-05	کد سنجه: الف-3-1-2
تاریخ تدوین: مهر 1400	تاریخ بازنگری بعدی: اردیبهشت 1403

احراز صلاحیت بکارگیری کارکنان کمک پرستاری

موضوع: احراز صلاحیت

مدیر محترم پرستاری

بدینوسیله به اطلاع میرساند خانم.....سمت.....بخش.....تاریخ
شروع بکار.....

پس از گذراندن دوره آشناسازی بخش و ارزیابی مهارتهای عمومی، ارتباطی و تخصصی تحت نظر پرسنل خبره
بخش..... خانم..... از نظر صلاحیت حرفه ای و شروع بکار بعنوان نیروی اصلی بخش مورد تایید
میباشد.

تایید مدیر پرستاری

تایید سرپرستار

تایید کننده	تصویب کننده	تایید کننده	تهیه کننده
طیبه اژدری (سوپروایزر آموزشی)	خانم دکتر میرمطلبی (رئیس مرکز)	طیبه اژدری (رئیس خدمات پرستاری)	خانم دکتر میرمطلبی (رئیس مرکز)