

کد مدرک: FRT01	فرم اعلام وضعیت بیماران و مصدومین اعزامی به مرز	شرکت مرکزی دفاتر خدمات زیارتی سراسر ایران (شمسا)
----------------	--	---

مشخصات نماینده شرکت

نام و نام خانوادگی مسئول اعزام کننده بیمار یا مصدوم:			
سمت: نماینده شرکت شمسا در کاظمین	نجف	کربلا	

مشخصات و وضعیت بیمار

نام و نام خانوادگی بیمار:	تاریخ اعزام به عراق:	نام مدیر راهنما:
نام دفتر خدمات زیارتی:	نام استان:	نام شهرستان:
شماره مانیفست:	ردیف در مانیفست:	
نوع بیماری یا مصدومیت:		
شماره تلفن همراه بیمار:		
شماره تلفن بستگان نزدیک بیمار:		
بیمار از کدام شهر عراق به مرز اعزام می شود: نجف <input type="checkbox"/> کربلا <input type="checkbox"/> کاظمین: <input type="checkbox"/> دیگر شهرها:		
بیمار به کدام مرز اعزام می شود: مهران: <input type="checkbox"/> شلمچه <input type="checkbox"/> خسروی <input type="checkbox"/> چذابه <input type="checkbox"/> هوایی بغداد <input type="checkbox"/> هوایی نجف <input type="checkbox"/>		
بیمار با چه نوع وسیله نقلیه انتقال می یابد: شخصی <input type="checkbox"/> آمبولانس <input type="checkbox"/> دیگر وسایط نقلیه:		
شماره تلفن همراه راننده وسیله نقلیه اعزامی:		
تاریخ اعزام بیمار:	روز	ماه
	سال	

نظریه پزشک (هلال احمر) در مورد اعزام بیمار یا مصدوم به ایران

الف) در نزدیک ترین بیمارستان مناسب شهرهای مرزی بستری شود <input type="checkbox"/>
ب) مستقیماً به شهر مبدا (محل سکونت اصلی) منتقل و بستری گردد <input type="checkbox"/>
ج) سایر موارد <input type="checkbox"/>
امضاء نماینده هلال احمر