



## آمار سرانه OT کنگره ۶۰

شش ماهه / یک سال از ..... الی ..... نمایندگی ..... تاریخ:

ردیف	نام راهنما	تازه واردین	در حال درمان	غیبت بیش از ۴ هفته خروج از درمان	رهایی	انتقالی ورود	انتقالی خروج
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
۱۱							
۱۲							
۱۳							
۱۴							
۱۵							
۱۶							
۱۷							
	<b>جمع :</b>						

نام و شماره تماس مسؤل OT

راهنمای تکمیل فرم در پشت صفحه