

**لیست بیماران پذیرش شده در بیمارستان با سندرم عفونت شدید تنفسی**

| تاریخ پذیرش | نام و نام خانوادگی | نام پدر | کد ملی | ملیت              | تلفن محل سکونت           | موبایل                   | استان محل سکونت     | شهرستان محل سکونت   | شغل                            |
|-------------|--------------------|---------|--------|-------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------------|
|             | آدرس               |         | سن     | تعداد تزریق واکسن | نام واکسن شماره ۱        | نام واکسن شماره ۲        | تاریخ تزریق واکسن ۱ | تاریخ تزریق واکسن ۲ | وضعیت بیمار ( بستری - سرپایی ) |
|             |                    |         |        |                   |                          |                          |                     |                     |                                |
|             |                    |         |        |                   |                          |                          |                     |                     |                                |
| تاریخ پذیرش | نام و نام خانوادگی | نام پدر | کد ملی | ملیت              | تلفن محل سکونت           | موبایل                   | استان محل سکونت     | شهرستان محل سکونت   | شغل                            |
|             | آدرس               |         | سن     | تعداد تزریق واکسن | نام واکسن شماره ۱        | نام واکسن شماره ۲        | تاریخ تزریق واکسن ۱ | تاریخ تزریق واکسن ۲ | وضعیت بیمار ( بستری - سرپایی ) |
|             |                    |         |        |                   |                          |                          |                     |                     |                                |
|             |                    |         |        |                   |                          |                          |                     |                     |                                |
| تاریخ پذیرش | نام و نام خانوادگی | نام پدر | کد ملی | ملیت              | تلفن محل سکونت           | موبایل                   | استان محل سکونت     | شهرستان محل سکونت   | شغل                            |
|             | آدرس               |         | سن     | تعداد تزریق واکسن | نام واکسن شماره ۱        | نام واکسن شماره ۲        | تاریخ تزریق واکسن ۱ | تاریخ تزریق واکسن ۲ | وضعیت بیمار ( بستری - سرپایی ) |
|             |                    |         |        |                   |                          |                          |                     |                     |                                |
|             |                    |         |        |                   |                          |                          |                     |                     |                                |
| تاریخ پذیرش | نام و نام خانوادگی | نام پدر | کد ملی | ملیت              | تلفن محل سکونت           | موبایل                   | استان محل سکونت     | شهرستان محل سکونت   | شغل                            |
|             | آدرس               |         | سن     | تعداد تزریق واکسن | نوع یا نام واکسن شماره ۱ | نوع یا نام واکسن شماره ۲ | تاریخ تزریق واکسن ۱ | تاریخ تزریق واکسن ۲ | وضعیت بیمار ( بستری - سرپایی ) |
|             |                    |         |        |                   |                          |                          |                     |                     |                                |
|             |                    |         |        |                   |                          |                          |                     |                     |                                |
| تاریخ پذیرش | نام و نام خانوادگی | نام پدر | کد ملی | ملیت              | تلفن محل سکونت           | موبایل                   | استان محل سکونت     | شهرستان محل سکونت   | شغل                            |
|             | آدرس               |         | سن     | تعداد تزریق واکسن | نام واکسن شماره ۱        | نام واکسن شماره ۲        | تاریخ تزریق واکسن ۱ | تاریخ تزریق واکسن ۲ | وضعیت بیمار ( بستری - سرپایی ) |
|             |                    |         |        |                   |                          |                          |                     |                     |                                |
|             |                    |         |        |                   |                          |                          |                     |                     |                                |