

 بسمه تعالی معاونت غذا و دارو	عنوان فرم: ثبت شکایات و اطلاع رسانی
تاریخ: شماره ثبت:	شماره فرم: ۲۲-۳۱-۰۱

نام و نام خانوادگی: _____ سن: _____ جنس: _____ شماره تلفن: _____ آدرس: _____ سطح تحصیلات: _____ نوع مدرک: _____ شغل: _____ نحوه به دست آوردن شماره: _____ آدرس الکترونیکی: _____ تماس قبلی: _____ * کسب اطلاعات شخصی اختیاری می باشد.	ثبت مرکز اطلاع رسانی سؤال: _____ پیشنهاد: _____ مرتبط با گروه کار: <input type="checkbox"/> روغن: <input type="checkbox"/> نوشیدنیها: <input type="checkbox"/> سبزی-میوه-خشکبار: <input type="checkbox"/> شیرینی و شکلات: <input type="checkbox"/> لبنیات: <input type="checkbox"/> کنسرو: <input type="checkbox"/> غلات و حبوبات و فرآورده های آنها: <input type="checkbox"/> گوشت و فرآورده های گوشتی: <input type="checkbox"/> ادویه ها: <input type="checkbox"/> غیره: <input type="checkbox"/>
ثبت شکایات نام تجاری محصول: _____ شناسه نظارت: _____ تاریخ تولید: _____ تاریخ انقضاء: _____ شماره پروانه بهره برداری: _____ شماره پروانه ساخت: _____ سری ساخت: _____ نوع محصول: _____ نام تولید کننده: _____	نحوه پاسخ دادن: _____ بلافاصله پس از تماس: <input type="checkbox"/> پس از جستجو در منابع: <input type="checkbox"/> پس از مشاوره با متخصصین مرتبط: <input type="checkbox"/> یادداشت سوال جهت پاسخگویی در زمان دیگر: <input type="checkbox"/> پاسخگویی به تماس تلفنی: <input type="checkbox"/> پاسخگویی از طریق مکاتبه به آدرس پستی یا آدرس الکترونیکی: <input type="checkbox"/> پاسخ داده شده: _____ رفرنس: _____
مورد شکایت نمونه دارد: <input type="checkbox"/> ندارد: <input type="checkbox"/> نتیجه اقدامات: _____	پاسخ دهنده: _____ نام و نام خانوادگی: _____ امضاء: _____ تکمیل کننده فرم: _____ نام و نام خانوادگی: _____ امضاء: _____ تأیید کننده: _____ نام و نام خانوادگی: _____ امضاء: _____ تأیید کننده: _____ نام و نام خانوادگی: _____ امضاء: _____

تهیه کننده: امضاء	تأیید کننده: تاریخ: _____	تصویب کننده: تاریخ: _____
-----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------