فرم درخواست ارسال پیام کوتاه از طریق سامانه پیام کوتاه شبکه بهداشت و درمان چناران

واحد درخواست کننده:	
متن پیام پیشنهادی	
متن پیام نهایی	
گروه مخاطبین	
تاریخ درخواست	

نام و نام خانوادگی و امضاء	**محمود عبدی**	**دکتراحمدرضا رجب پور**
مسئول واحد	**مسئول حراست**	**مدیر شبکه**

متن پیام فوق در تاریخ .... برای تعداد ....نفر با هزینه .... ریال ارسال گردید.

نام و نام خانوادگی و امضاء

مسئول سامانه پیامک شبکه