

فرم مشخصات یخچال نگهداری کیت و دارو

		محتویات
		شماره شناسایی
حد بالا	حد پایین	طیف مجاز دما
حد بالا	حد پایین	محدوده آلام
جانشین مسئول	نام مسئول	
مستقیم	مستقیم	تلفن مسئول
در مواقع ضروری ارجاع به تلفن های:		
		محل جایگزین
در صورت دچار مشکل شدن، محتویات با هماهنگی مسئول مربوطه به جایگزین با مشخصات روبرو منتقل شود.		
پیامکی	شنیداری	دیداری
		سیستم هشدار
		مسئول نظافت
امضا	مسئول تهیه	تاریخ تهیه
		تاریخ بایگانی