**مبادرة المستشفى الصديق للطفل**

**إستمارة التسجيل :**

*إن إدارة المستشفى ترغب بالمشاركة في مبادرة المستشفى الصديق للطفل*.

اسم المستشفى : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

المحافظة : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

العنوان الكامل : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم المديرالتنفيذي للمستشفى: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الهاتف :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

عدد الولادات في السنة:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

خدمات الأمومة /عدد الأسرة :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اذا كانت لديكم تفاصيل اضافية أو معلومات أخرى ذات صلة ، يرجى اضافتها في نهاية الاستمارة .

التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التوقيع:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*الرجاء اعادة ارسال هذه الاستمارة على البريد الالكتروني التالي : motherchild@moph.gov.lb*

 *و*

 *sharb@iocc.org*