

ANNE DOSTU HASTANE PROGRAMI AYLIK BİLDİRİM FORMU									
	Koordinatör Bölge İl Sağlık Müdürlüğü	Hastanenin Bağlı Olduğu İl Sağlık Müdürlüğü	Değerlendirme Adı*	Değerlendirme Sayısı**	Hastane Adı	İlk Resmi Başvuru Tarihi	Değerlendirilme Tarihi***	Değerlendirme Sonucu Unvan Almaya Hak Kazanma Durumu****	Unvan Almaya Hak Kazandığı Tarih*****
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

**AÇIKLAMA:**

\* Bu sütuna hastanenin "İlk", "Tekrar" veya "Yıllık" değerlendirme olduğu yazılacak.

\*\* Bu sütuna hastanenin "Yıllık" değerlendirme sayısı yazılacak.

\*\*\* Bu sütuna ilgili ayda gerçekleşen değerlendirme tarihi yazılacak.

\*\*\*\* Bu sütuna ilk değerlendirme ise "Unvan almaya hak kazandı", tekrar değerlendirme ise "Unvan almaya hak kazanamadı" ve yıllık değerlendirme ise "Unvanını korudu" veya "Unvanını kaybetti" ibareleri yazılacak.

\*\*\*\*\*Bu sütuna hastanenin ilk unvan almaya hak kazandığı tarih yazılacak.

Adı SOYADI  
İl Sağlık Müdürü