	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Kahramanmaraş Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	Doküman Kodu: OH.FR.11 Yayın Tarihi : 03/01/2018 Revizyon Tarihi: Revizyon No : 00
	ÇATI KATI TEMİZLİK TAKİP FORMU	

Belirlenen Temizlik Periyodu: 15 gün

Tarih	**Temizliği Yapan Adı Soyadı**	**İmza**	**Kontrol Eden Adı Soyadı**	**İmza**
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				