دانشگاه علوم پزشکی سمنان

دانشکده‌ی پیراپزشکی

گروه پرتوشناسی

گزارش روزانه‌ی کارآموزی ۲

نام و نام خانوادگی: **تاریخ:** **نام بیمارستان:** **کمپانی سازنده:** **مدل دستگاه:**

نام آزمون	سن	جنسیت	وزن	شکایت اصلی	علت مراجعه	SID	kVp×mAs	نکات اختصاصی آزمون (ارزیابی تصویر و تکنیک)	تایید مربی