|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف**  | **نام** **شهرستان / بیمارستان** | **نام** | **نام خانوادگی** | **سن** | **جنس** | **شغل** | **تحصیلات** | **ملیت** | **منطقه** | **نوع صدمه** | **عضو آسیب دیده** | **موقعیت مصدوم حین حادثه** | **نتیجه حادثه** | **مسئول ثبت** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |