İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ ……………..…………………………………. CİHAZI KONTROL FORMU

Cihaz:
Cihaz No:
Gereklilik:

İlgili Öğretim Üyesi:

Kontrol Sıklığı:

Tarih	Ölçüm/Uygunluk	Kontrol Eden	Tarih	Ölçüm/Uygunluk	Kontrol Eden