

Журнал
регистрации обращений граждан по «телефону доверия»
ГАУЗ СО «Психиатрическая больница № 3»

№ п.п.	Дата (число, месяц, год)	Время (часы, минуты)	Ф.И.О. абонента	Адрес, телефон абонента	Краткое содержание обращения	Ф.И.О. работника, зарегистрировавшего обращение, подпись	Результаты рассмотрения обращения, куда направлено.