((بسمه تعالی))

**ریاست محترم مرکز بهداشت جنوب تهران تاریخ......................**

**باسلام**

**احتراما، به استحضار میرساند اینجانب ............................................. به شماره نظام ............................ فارغ التحصیل رشته ...................................... دارای پروانه شهر تهران به شماره ..............................................**

**دارای تاریخ اعتبار ............................ از تاریخ ........................ در مطب/دفترکار به آدرس ........................................ ..................................................................................... و تلفن ....................................... فعالیت نمی نمایم. پرونده کلیه بیماران تکمیل و تابلو و سرنسخه اینجانب از آدرس فوق الذکر جمع آوری شده است. همچنین در صورت فعالیت در مناطق تحت پوشش دانشگاه تهران به صورت مکتوب اعلام شروع به کار می نمایم.**

**تلفن تماس ثابت:**

**تلفن همراه :**

**شماره کد ملی :**

**امضا ومهر**