((بسمه تعالی))

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

**باسلام**

**احترامابه استحضار میرساند اینجانب ............................................... به شماره نظام ........................ فارغ التحصیل رشته .................................... دارای پروانه شهر تهران به شماره .......................................... دارای تاریخ اعتبار ........................ از تاریخ ............................... در روزهای ................................................................... در شیفت .................................... از ساعت ........... تا ........... در مطب/ دفتر کار به آدرس ................................................ ........................................................................................ و تلفن ............................................ فعالیت می نمایم. اینجانب متعهد به رعایت کلیه قوانین وآیین نامه های نظام پزشکی و وزارت بهداشت و درمان واموزش پزشکی می باشم./**

**تلفن تماس ثابت:**

**تلفن همراه :**

**شماره کد ملی :**

**امضا ومهر**