

## بسمه تعالی

### ریاست محترم مرکز بهداشت جنوب تهران

با سلام

احتراما " اینجانب ..... دارای مدرک تحصیلی ..... به شماره نظام

پزشکی ..... با توجه به فعالیت در مرکز / پایگاه ..... از تاریخ ..... لغایت

تقاضای صدور گواهی فعالیت جهت ارائه به سازمان ..... را می نمایم . خواهشمند است

مساعدت لازم را مبذول فرمائید. صحت و سقم اطلاعات درج شده در درخواست مورد تأیید اینجانب بوده و در صورت

مغایرت طبق قوانین و مقررات اقدام گردد. /

کد ملی:

ساعت و شیفت کاری:

تلفن همراه:

آدرس و تلفن مکان فعالیت :

مهر و امضاء متقاضی

فعالیت سرکار خانم / جناب آقای ..... به کد ملی ..... در مرکز جامع سلامت / پایگاه ..... به

صورت انجام تعهدات خدمات قانونی / قراردادی / رسمی / پیمانی از تاریخ ..... لغایت ..... مور تا یید

اینجانب کارشناس مسئول واحد ..... می باشد. خواهشمند است دستور اقدام لازم صادر فرمایید. به پیوست

تصویر کارت ملی متقاضی ضمیمه می باشد.

امضاء کارشناس مسئول / مسئول امور اداری