بسمه تعالی **تاریخ :**

ریاست محترم مرکز بهداشت جنوب تهران **پیوست:دارد/ندارد**

**با سلام**

**احتراما" اینجانب………………………………………….. ( پزشک عمومی / پزشک متخصص / دندانپزشک / ماما )**

**دارای پروانه معتبر شهر تهران به شماره نظام پزشکی................ کد ملی…..……...…………. تقاضای گواهی فعالیت از تاریخ ………………… لغایت ………….……..جهت ارائه به …………………………………………………را دارم. خواهشمند است مساعدت لازم را مبذول فرمائید.**

|  |
| --- |
| **آدرس مطب/دفترکار/درمانگاه :** |
| **تلفن مطب/دفترکار/درمانگاه:** |
| **شیفت فعالیت :** |
| **ساعت فعالیت :** |
| **تلفن همراه: تلفن ثابت:** |

**صحت و سقم اطلاعات فوق مورد تائید اینجانب بوده و در صورت مغایرت طبق قوانین و مقررات اقدام گردد.**

**مهر و امضاء**

**در صورتیکه درخواست صدور گواهی جهت ارائه به سفارت می باشدثبت نام سفارت وضمیمه نمودن تصویر کارت ملی الزامی میباشد .**