

## بسمه تعالی

فرم اعلام همکاری آزمایشگاه با مرکز بهداشت

تاریخ:

### ریاست محترم مرکز بهداشت جنوب تهران

پیوست: دارد/ندارد

با سلام

احتراما اینجانب (متخصص علوم آزمایشگاهی - گرایش: ) دارای  
موافقت اصولی شماره تاریخ تأسیس آزمایشگاه تشخیص طبی در شهر تهران، به شماره  
نظام پزشکی کد ملی تقاضای همکاری با آن مرکز بهداشت در زمینه اعلام و گزارش موارد  
بیماری های عفونی و خطرناک را جهت ارائه به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران دارم.  
خواهشمند است دستور فرمایید مساعدت لازم در این زمینه به عمل آید.

آدرس محل آزمایشگاه:
کد پستی:
تلفن:
شیفت فعالیت:
ساعت فعالیت:
صبح:
عصر:
تلفن همراه:
تلفن ثابت:

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

مهر و امضاء