

اسامی پزشکان فعال در درمانگاه .....

فصل ..... سال .....

توضیحات	تلفن همراه	روز، شیفت و ساعت فعالیت	تاریخ اعتبار پروانه تهران	فوق تخصص / متخصص / عمومی (با ذکر عنوان تخصص)	نام و نام خانوادگی پزشک / دندانپزشک	
						۱
						۲
						۳
						۴
						۵
						۶
						۷
						۸
						۹
						۱۰
						۱۱
						۱۲
						۱۳
						۱۴
						۱۵
						۱۶
						۱۷
						۱۸
						۱۹
						۲۰

مهر و امضاء مسؤول فنی درمانگاه :