

## 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 باشد ثبت نام سفارت و ضمیمه نمودن تصویر کارت ملی الزامی میباشد .