

## بسمه تعالی

تاریخ :

ریاست محترم مرکز بهداشت جنوب تهران

پیوست: دارد/ندارد

با سلام

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

شماره نظام پزشکی ..... و کد ملی ..... تقاضای گواهی عدم نیاز در ساعت غیراداری،

غیرموظفی، جهت ارائه به ..... را دارم. خواهشمند است مساعدت لازم را مبذول فرمایید.

نام مرکز جامع خدمات سلامت :
آدرس مرکز جامع خدمات سلامت:
تلفن مرکز جامع خدمات سلامت:
شیفت فعالیت :
ساعت فعالیت :
تلفن همراه:
تلفن ثابت:
رابطه ی استخدامی : طرحی / رسمی / بیمانی / قراردادی / شرکتی و ...

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

جهت تایید از طریق اتوماسیون اداری ارسال گردد.

مهر و امضاء