

((بسمه تعالی))

ریاست محترم مرکز بهداشت جنوب تهران

تاریخ.....

باسلام

احتراما، به استحضار می‌رساند اینجانب به شماره نظام

فارغ التحصیل رشته دارای پروانه شهر تهران به شماره

دارای تاریخ اعتبار از تاریخ در مطب/دفترکار به آدرس

..... و تلفن

..... **فعالیت نمی نمایم.** پرونده کلیه بیماران تکمیل و تابلو و سرنسخه اینجانب از آدرس فوق

الذکر جمع آوری شده است. همچنین در صورت فعالیت در مناطق تحت پوشش دانشگاه تهران به صورت مکتوب

اعلام شروع به کار می نمایم.

تلفن تماس ثابت:

تلفن همراه:

شماره کد ملی:

امضا ومهر