

((بسمه تعالی))

ریاست محترم مرکز بهداشت جنوب تهران

تاریخ.....

باسلام

احتراماً به استحضار میرساند اینجانب ..... به شماره نظام ..... فارغ التحصیل

رشته ..... دارای پروانه شهر تهران به شماره ..... دارای تاریخ اعتبار

..... از تاریخ ..... در روزهای ..... در شیفیت

..... از ساعت ..... تا ..... در مطب/ دفتر کار به آدرس .....

..... و تلفن ..... فعالیت می نمایم.

اینجانب متعهد به رعایت کلیه قوانین و آیین نامه های نظام پزشکی و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

می باشم./

تلفن تماس ثابت:

تلفن همراه :

شماره کد ملی :

امضا و مهر