



شبکه بهداشت و درمان شهرستان

مرکز بهداشت شماره اصفهان

در تاریخ/...../..... تعداد..... جلد دفترچه گواهی فوت بالای هفت روز از شماره سریال

..... ۱۰۵ تا شماره سریال ۱۰۵ تحویل آقا /

خانم دکتر..... شماره نظام پزشکی کد ملی تلفن

تماس به منظور صدور گواهی فوت در محدوده اعلام شده در پروانه طبابت گردید.

(نامبرده دارای گواهی دوره آموزشی با شماره و تاریخ/...../..... می باشد)

تحویل گیرنده :
مهر و امضا

تحویل دهنده :
امضا

تایید پروانه طبابت:
واحد نظارت بر درمان
امضا

فیش بانکی به تاریخ/...../..... شماره مبلغ ریال دریافت گردید .