



شبکه بهداشت و درمان شهرستان

مرکز بهداشت شماره اصفهان

در تاریخ/...../..... تعداد..... جلد دفترچه گواهی فوت بالای هفت روز زیر هفت روز

از شماره سریال تا شماره سریال ۱۰۵.....

تحویل نماینده بیمارستان/ کلینیک/ مرکز جراحی آقای / خانم

..... با کد ملی و تلفن تماس

به منظور صدور گواهی فوت در مرکز فوق گردید.

تحویل گیرنده :
مهر و امضا

تحویل دهنده :
مهر و امضا

در صورت تحویل به بخش خصوصی: فیش بانکی به تاریخ/...../..... شماره مبلغ ریال

در یافت گردید .