

معاون محترم درمان / غذا و دارو / بهداشت و رئیس مرکز بهداشت استان

با سلام و احترام

اینجانب آقای..... فرزند..... با کد ملی

..... دانش آموخته رشته.....

مقطع..... متعهد می گردم حداکثر تا تاریخ

.....نسبت به ارائه اصل کارت پایان خدمت سربازی / معافیت

از خدمت سربازی به اداره طرح دانشگاه و کارگزینی محل خدمت اقدام نمایم. در

غیر اینصورت عواقب ناشی از این امر مستقیماً متوجه اینجانب خواهد بود. لذا

خواهشمندم دستور فرمایید، اقدامات لازم در خصوص انجام خدمات طرح به استناد

گواهی یگان محل خدمت / کارت موقت (پیوست) صورت پذیرد.

امضا:

تاریخ:

شماره همراه: