

رئیس محترم مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

با سلام و احترام

بدینوسیله گواهی می گردد سرکار خانم/ جناب آقای دکتر..... به استناد نامه شماره مورخ شهرستان/شبکه به عنوان پزشک عمومی مشغول به خدمت بوده اند.

این گواهی بنا به درخواست نامبرده جهت ارائه به آن مدیریت به منظور توزیع سال ۱۴۰۵ نیروهای تخصصی صادر و ارزش دیگری ندارد.

نام شبکه بهداشت و درمان	تاریخ شروع	تاریخ پایان	ضریب منطقه

دکتر

معاون توسعه مدیریت و منابع

رونوشت:

- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ----- (محل تحویل)