

معاون امور درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

سلام علیکم، (فرم شماره یک)

ضمن قدردانی از زحمات خانم / آقای دکتر دستیار سال آخر
..... به شماره نظام پزشکی بدینوسیله گواهی می‌شود نامبرده از تاریخ
..... لغایت (بمدت یکماه) به استناد گواهی شماره مورخ
..... در شبکه بهداشت و درمان / بیمارستان با احتساب سه روز
بین راهی به خدمت اشتغال داشته‌اند و پایان کار نامبرده در مورخه اعلام می
گردد./.....

ریاست بیمارستان

.....

