سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

استشهادیه محلی
جهت بانوان پزشک و دندانپزشک عمومی متأهل

اینجانب امضاء کنندگان زیر گواهي مي دهیم : تاریخ تکمیل فرم: / /

آقاي: فرزند : به شماره شناسنامه:

صادره: متولد: مدرک:

و همسرشان خانم دکتر: ☐ پزشک عمومي / ☐ دندانپزشک عمومي (ن پ)

فرزند: به شماره شناسنامه: صادره : متولد:

به نشاني ذیل ساکن مي باشند: شهر..... ..خیابان .. ..

نفر اول:

نام و نام خانوادگي: نام پدر: شماره شناسنامه: صادره از:

آدرس وتلفن :

امضاء

نفر دوم:

نام و نام خانوادگي: نام پدر: شماره شناسنامه: صادره از:

آدرس وتلفن :

امضاء

نفر سوم:

نام و نام خانوادگي: نام پدر: شماره شناسنامه: صادره از:

آدرس وتلفن :

امضاء

محل تائید یکي از مراجع رسمي (محضر/ کلانتري محل)