



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

## فرم تایید محل اقامت دائم همسر جهت بانوان پزشک و دندانپزشک عمومی

مشخصات همسر متقاضی:

اینجانب: ..... فرزند: ..... به شماره شناسنامه: .....  
صادره: ..... متولد: ..... کد ملی: ..... ساکن شهر: .....  
همسر خانم دکتر: ..... فرزند: ..... به شماره شناسنامه: .....  
صادره: ..... متولد: ..... کد ملی: ..... به شماره نظام پزشکی: .....  
دانش آموخته رشته: .....

گواهی و تایید می نمایم در نشانی زیر اقامت دائمی داشته و در صورت اثبات خلاف ادعای فوق پروانه ابطال و برابر مقررات اقدام گردد.

نشانی اقامت دائم: .....  
نام و نام خوادگی همسر متقاضی ..... تاریخ ..... امضاء ..... اثر انگشت .....

محل تایید دفترخانه اسناد رسمی

بدینوسیله تایید می گردد آقای ..... دارای سند مالکیت / اجاره نامه تحت عنوان  
محل سکونت در شهر ..... بوده و امضاء ایشان گواهی می گردد.