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 1402 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 تحصیل)