

بسمه تعالی

گواهی سکونت و بومی بودن متقاضیان شرکت در آزمون بکارگیری نیروی انسانی
برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی از محل قرداد برنامه پزشک خانواده و تیم سلامت

اینجانب.....بهورز خانه بهداشت روستای/مراقب سلامت پایگاه بهداشت
..... گواهی و تایید می نمایم آقا/خانم..... فرزند.....به شماره
شناسنامه.....و به شماره کد ملی.....و شماره خانوار..... در حال حاضر و
حداقل از چهار سال پیش در این روستا/شهر سکونت مستمر داشته است.

نام و نام خانوادگی، مهر امضای بهورز خانه بهداشت /مراقب سلامت پایگاه

نام و نام خانوادگی و مهر و امضای معاونت بهداشتی دانشکده علوم پزشکی خلخال

۱- این گواهی بدون مهر و امضای خانه بهداشت /پایگاه و معاونت بهداشتی دانشکده علوم پزشکی
خلخال فاقد اعتبار بوده و درچنین صورتی برای ثبت نام کنندگان کارت ورود به جلسه آزمون صادر
نخواهد شد.