

فرم معاینات پزشکی تجهیزات دفاع شخصی

نام : نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی:

نام کاربری در سایت : (عضویت در سایت نظام پزشکی شهرستان الزامیست) :

تلفن	آدرسها	منزل
		مطب ۱
		محل کار
: کد ملی		: تلفن همراه

بدینوسیله اینجانبان امضاء کنندگان ذیل از پزشکان (عمومی / متخصص) عضو نظام پزشکی نیشابور , عدم اعتیاد به مواد مخدر و سلامت روان متقاضی فوق الذکر را تایید و مسئولیت قانونی هرگونه عواقب ناشی از عدم صحت این گواهی را میپذیرم .

پزشک تایید کننده اول

نام : نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی:

تلفن	آدرسها	منزل
		مطب ۱
		محل کار
: کد ملی		: تلفن همراه

مهر و امضاء

پزشک تایید کننده دوم

نام : نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی:

تلفن	آدرسها	منزل
		مطب ۱
		محل کار
: کد ملی		: تلفن همراه

مهر و امضاء

امضاء کاربر

تطبیق اطلاعات در آمار :

تسویه حساب با سایت :

بررسی اطلاعات در اتوماسیون :