

نام:
تاریخ:
پست:

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت



وزارت بهداشت
سازمان آموزش پزشکی

اداره کارگزینی کارکنان

با سلام و احترام،

خواهشمند است با توجه به مشخصات زیر دستور فرمایید
کارت شناسایی برای اینجانب صادر گردد.

نام و نام خانوادگی

امضاء

تاریخ

نام و نام خانوادگی:

سمت:

واحد سازمانی:

شماره پرسنلی:

کد ملی:

نوع استخدام:

تاریخ اعتبار:

کارت شناسایی فوق در تاریخ		تجدید
اینجاب	گردید	
امضاء		

توسط:
شماره پرسنلی:
تاریخ:
محل امضاء: