



بیتسین

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان گیلان

تاریخ

شماره

پیوست

فرم استشهادیه محل سکونت جهت داوطلبان بومی

داوطلبین کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه قرارداد برنامه پزشک خانواده روستایی

اینجانب	فرزند	با شماره ملی	از مطلعین و معتمدین محل سکونت خود تقاضا دارم
که شهرستان محل سکونت فعلی و مدت سکونت اینجانب را به شرح ذیل گواهی نمایند.			
شماره رسید تاییدیه کدپستی توسط سایت پست بانک		باتشکر امضاء و اثر انگشت	
- آدرس محل سکونت :			
کد پستی:			
امضاء کنندگان ذیل، گواهی می نمایم که نامبرده بالا در حال حاضر در بخش شهرستان ساکن بوده و مدت سال و ماه نیز در این شهرستان سکونت داشته است.			
اینجانب	نماینده شورای شهر / روستا	با کد ملی	صحت مراتب فوق را گواهی و تایید می نمایم. امضاء و اثر انگشت
اینجانب	رئیس مرکز خدمات جامع سلامت	با کد ملی	صحت مراتب فوق را گواهی و تایید می نمایم. امضاء و اثر انگشت
اینجانب	مسئول خانه بهداشت	با کد ملی	صحت م راتب فوق را گواهی و تایید می نمایم. امضاء و اثر انگشت
«این قسمت توسط مسئول محترم واحد گسترش و مدیریت شبکه بهداشت و درمان شهرستان تکمیل گردد»			
موارد فوق مورد تایید کمیته داخلی شبکه بهداشت و درمان شهرستان می باشد.			
مدیریت شبکه بهداشت و درمان شهرستان			
مهر و امضاء			
تذکرات مهم			
<ul style="list-style-type: none"> تکمیل فرم جهت تمامی کارکنان بومی به لحاظ ساکن بودن با سابقه حداقل ده سال سکونت می باشند، الزامی است. این فرم صرفا جهت بهره مندی داوطلبان متقاضی استفاده از اولویت بومی شهرستانها جهت جذب کارشناس مراقبین سلامت روان و کارشناس تغذیه تنظیم و صادر گردیده است. 			