

(معرفی نامه مسئول فنی داروخانه)

معاون/مدیر محترم غذا و دارو
اینجانب
موسس داروخانه متقاضی تاسیس
بدينوسيله خانم/آقاي
در شهر/روستا
را جهت پذيرش مسئوليت فني ساعات
داروخانه معرفي مي نمايد .
تا
تاريخ شروع به كار
مهر و امضاء موسس
شماره تماس:

این قسمت توسط متقاضی پذیرش مسئولیت فنی تکمیل گردد:
مشخصات متقاضی
نام و نام خانوادگی:
شماره شناسنامه:
محل صدور:
تاریخ تولد:
محل تولد:
آخرین مدرک تحصیلی و تاریخ دریافت آن:
ساکن:
شماره تماس:
مسئولیت فنی داروخانه :
شهرستان:
به آدرس: (استان: شهر:
شهر/روستا: خیابان: پلاک:
(در ساعات فوق را می پذیرم/خواهم.
تذکر: در صورتیکه مجوز داروخانه صادر نگردیده باشد نیازی به تکمیل آدرس نمی باشد.
۱- سوابق اشتغال متقاضی در بخش های دولتی و غیر دولتی تاکنون بشرح زیر(ده سال اخیر):

ردیف	نوع کار	محل خدمت و آدرس آن	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه

مهر و امضاء متقاضی
تاریخ

تذکر: چنانچه صلاحیت متقاضی تاکنون توسط کمیسیون ماده ۲۰ هیچ یک از دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی
تایید نشده لازم است موضوع تأیید صلاحیت فنی متقاضی در کمیسیون مطرح گردد.