



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"> <li>تکمیل فرم جهت تمامی کارکنان بومی به لحاظ ساکن بودن با سابقه حداقل ده سال سکونت می باشند، الزامی است.</li> <li>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.</li> </ul>			