



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود

معاونت غذا و دارو

فرم معرفی قائم مقام مسئول فنی

اینجانب..... مسئول فنی ساعات داروخانه

به نشانی آقای / خانم را از تاریخ

الی به عنوان قائم مقام شیفت معرفی می نمایم.

نام و نام خانوادگی مسئول فنی

مهر و امضاء

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه

کد ملی فارغ التحصیل / دانشجوی ترم داروسازی

دانشگاه به شماره پروانه داروسازی / تعداد واحد گذرانده

..... قائم مقامی مسئول فنی داروخانه فوق الذکر را در ساعات و تاریخ های ذکر شده می

پذیرم.

نام و نام خانوادگی قائم مقام

امضاء