



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود  
معاونت غذا و دارو

بسمه تعالی

« جدول اطلاعات متقاضیان تأسیس داروخانه «روانزه/شبانه روزی در شهر/روستا ..... تابع شهرستان:.....»

تا تاریخ ..... (تاریخ استعلام دانشگاه)

نوع داروخانه مورد تقاضا		امتیازات مربوطه						مشخصات متقاضیان به ترتیب امتیازات کسب شده تا زمان استعلام دانشگاه							
شبهانه روزی	روزانه	نیمه روز	مجموع	سابقه اشتغال	ایشگرگی	بومی بودن	مدرك تحصیلی	تاریخ تقاضا	محل مورد تقاضا	محل تولد	نام پدر	شماره شناسنامه	نام خانوادگی	نام	ردیف

مدیر/معاون غذا و دارو

تاریخ و امضا

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ و امضا