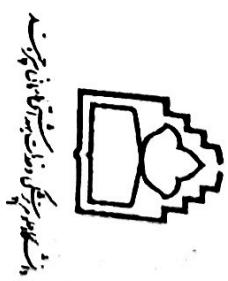


معاونت غذا و دارو

مدیریت نظارت بر امور دارو و مواد مخدر

داداره نظارت بر مواد اعتیاد آور



تاریخ صدور:

بیمه‌گذاری شده تا زمان پرداخت

تلفن محل کار متخصص اینجانب دکتر پزشک معالج آقای / خانم

باشماره نظام پزشکی فرزند شماره شناسنامه صادره از ساکن

گواهی می‌نماید نامبرده بعلت مبتلا به بیماری متولد عدد آمپول / قرص داروی روزانه احتیاج به بطرور مستمر / به مدت داروی مورد لزوم جهت تحویل دارو

۱- اصل شناسنامه بیمار - فتوکپی شناسنامه

۲- تیجه بیوسی یا رادیوگرافی که دال بر بیماری باشد.

امداد و مدد پاسداره نظام پزشکی