



پژشک‌پژوهی مرکز سلامت‌پژوهی و تحقیقات سلامت

## معاونت غذا و دارو

مدیریت نظارت بر امور دارو و مواد مخدر

داداره نظارت بر مواد اعتیاد آور»

تاریخ صدور:.....

اینجانب دکتر..... متخصص..... محل کار..... تلفن.....

با شماره نظام پزشکی..... پزشک معالج آقای/خانم..... فرزند.....

شماره شناسنامه..... صادره از..... متولد..... ساکن.....

..... گواهی می‌نماید نامبرده بعلت مبتلا به بیماری.....

..... روزانه احتیاج به..... بطور مستمر/به مدت..... عدد آمپول/قرص..... دارد.

### مشارک مورد لزوم جهت تصویریل دارو

۱- اصل شناسنامه بیمار - فتوکپی شناسنامه

۲- نتیجه یورپسی یا رادیوگرافی که دال بر بیماری باشد.

امضاء و مهر یا شماره نظام پزشکی