

« بسمه تعالی »

مدیرعامل محترم شرکت.....

اینجانب..... با کد ملی:..... فارغ التحصیل رشته شغلی:..... از

تاریخ..... لغایت..... مضمون قانون طرح خدمت پزشکان و پیراپزشکان

در شبکه/مرکز/بیمارستان..... و از تاریخ..... لغایت..... در شبکه/مرکز/بیمارستان..... تداوم

طرح خدمت راطی نموده و گواهی پایان طرح دریافت نموده ام.

متعهد میگردم در حال حاضر مشمول تداوم طرح ویژه کووید-۱۹ در مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان های دانشگاه

علوم پزشکی اصفهان نمی باشم

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضا و اثر انگشت