

جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران شهر

به: معاونت محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی ایران شهر  
از:  
موضوع:

اینجانب دکتر ..... متخصص: ..... شماره نظام پزشکی: .....

تلفن تماس: .....

بیمار:

نام و نام خانوادگی: ..... کد ملی: ..... تلفن تماس: .....

بدینوسیله گواهی می نمایند که بیمار فوق اشاره مبتلا به بیماری ..... می باشد. و اقلام دارویی ذیل (با شرح نام

کامل و شکل و دوز دارو دستور دارویی) بمنظور درمان نامبرده بمدت یکماه تجویز میگردد:

امضاء و مهر پزشک معالج