



تاریخ :  
شماره :  
پیوست :

بسمه تعالی  
انجمن داروسازان ایران  
Iran pharmacists Association  
تأسیس ۱۳۷۲ - شماره ثبت ۷۹۵۱  
( جامعه داروسازان سابق تأسیس ۱۳۲۳ )

عنوان فرم: فرم تغییر شیفت مسئول فنی داروخانه  
معاون محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان  
با سلام و احترام ؛

بدینوسیله بر اساس قرارداد منعقدہ فیما بین موسس و مسئول فنی با اطلاعات ذیل ثبت شده به شماره و تاریخ همین فرم در این انجمن، فرم تکمیل شده مربوط به داروخانه ذیل حضورتان ایفاد می گردد .

رئیس انجمن داروسازان استان اصفهان  
دکتر غلامحسین صادقیان

ریاست محترم انجمن داروسازان استان اصفهان ؛

اینجانب ..... مؤسس داروخانه / متقاضی تأسیس ..... در شهر/ روستا ..... ضمن اعلام اینکه به انجام وظایف خود طبق شرح وظایف مؤسس مندرج در آئین نامه داروخانه ها خصوصاً تبادلات مالی و صدور چک (فقط به نام اینجانب) آگاه می باشم، متعهد می شوم: خانم/ آقای ..... راجعت پذیرش مسئولیت فنی از تاریخ ..... تا ..... از ساعت ..... تا ..... و همچنین ..... تا ..... این داروخانه معرفی می نمایم.

مهر و امضاء و تاریخ

این قسمت توسط متقاضی پذیرش مسئولیت فنی تکمیل گردد .

مشخصات متقاضی :

نام و نام خانوادگی : شماره شناسنامه : محل صدور : تاریخ تولد :  
محل تولد : شماره ملی :  
آخرین مدرک تحصیلی و تاریخ دریافت آن :  
ساکن :  
مسئولیت فنی داروخانه: شهرستان : به آدرس ( استان : شهرستان :  
شهر/روستا : خیابان : پلاک : ) در ساعات فوق را می پذیرم / خواهم پذیرفت .  
تذکر : در صورتیکه مجوز داروخانه صادر نگردیده باشد نیازی به تکمیل آدرس نمی باشد .  
سوابق اشتغال متقاضی در بخش های دولتی و غیر دولتی تا کنون به شرح زیر ( ده سال اخیر ) :

ردیف	نوع کار	محل خدمت و آدرس	تاریخ شروع	تاریخ نامه

**تعهد نامه : متعهد می گردم در ساعاتی که در این داروخانه معرفی شده ام در شرکت و یا داروخانه دیگری مشغول فعالیت نبوده و نیز پروانه ای صادر نگردیده است . همچنین متعهد می شوم بیش از ۱۲ ساعت در طول ساعات شبانه روز در محلی برای اینجانب پروانه صادر نگردیده است .**  
مهر و امضای متقاضی و تاریخ