



Esfahan pharmacists Association

تاریخ :  
شماره :  
پیوست :

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

عنوان فرم : تقاضای تأیید صلاحیت حرفه ای تأسیس داروخانه  
معاون محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان  
با سلام و احترام ؛

بدینوسیله فرم تکمیل شده مربوط به داروخانه ذیل حضورتان ایفاد می گردد.

رئیس انجمن داروسازان استان اصفهان

دکتر محمدرضا آذربایجانی

ریاست محترم انجمن داروسازان استان اصفهان

احتراماً اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... صادره از

..... متولد ..... محل تولد ..... شماره ملی .....

تابعیت .....

دین ..... مذهب : اسلام  کلیمی  مسیحی  زرتشت

نشانی محل سکونت : .....

تلفن ثابت : ..... تلفن همراه : .....

تاریخ دریافت آخرین مدرک تحصیلی : .....

ضمن ارائه مدارک، درخواست می نمایم نسبت به تأیید صلاحیت حرفه ای تأسیس داروخانه در کمیسیون ماده  
بیست دانشگاه اقدام فرمائید.

نام و نام خانوادگی - مهر و امضاء متقاضی