

آرم دانشگاه

### فرم تقاضای اجازه نامه فعالیت

تاریخ: .....

فرم شماره ۱

### معاونت محترم درمان دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

با اهداء سلام و تحیات:

احتراماً، اینجانب                      فرزند                      یا کد ملی                      مطابق با  
آیین‌نامه نحوه فعالیت فعالان حوزه طب سنتی و فروش گیاهان دارویی (به شماره ۸۲۳/۱۲۲/د مورخ ۱۳۹۷/۸/۲۸)  
و دستورالعمل اجرایی ماده ۴ این آیین‌نامه، ضمن رعایت همه موارد مندرج در آیین‌نامه و دستورالعمل اجرایی این  
آیین‌نامه، تقاضای دریافت اجازه نامه فعالیت در درمانگری  دلک و غمز(ماساز)  زیر نظر پزشک دارای  
مدرک دکترای تخصصی طب سنتی ایرانی را دارم. لذا درخواست می‌نمایم موضوع را بررسی و اعلام نظر فرمائید.

### نام و نام خانوادگی و امضاء متقاضی

.....

درخواست فوق به همراه فرم مشخصات به پیوست، در تاریخ / / به دبیرخانه معاونت درمان  
دانشگاه/دانشکده تحویل و با شماره..... به ثبت رسید.

### مهر و امضاء دبیرخانه معاونت درمان

.....

