

فرم تایید عدم تخلف

تاریخ:

شماره:

فرم شماره ۶

آرم دانشگاه

بدین وسیله گواهی می‌شود آقا/خانم / / از تاریخ / / الی / / زیر نظر اینجانب
دکترای تخصصی طب سنتی ایرانی در مرکز درمانی واقع در شهر خیابان
پلاک با شماره تلفن در چهارچوب آیین نامه و قوانین وزارت
بهداشت فعالیت نموده‌اند.

نام و نام خانوادگی و امضاء دکترای تخصصی طب سنتی ایرانی
مرکز درمانی:

بدین وسیله تأیید می‌گردد از تاریخ / / الی / / گزارشی مبنی بر فعالیت آقا/ خانم خارج از
محدوده تعیین شده در آیین‌نامه نحوه فعالیت فعالان طب سنتی و فروش گیاهان دارویی (به شماره ۱۳۲/۸۲۳/د
مورخ ۱۳۹۷/۸/۲۸) و تخلف از مقررات و ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در این
معاونت ثبت نشده است.

مهر و امضاء دیرخانه معاونت درمان

.....

