



خدمات اول‌مختصات

فرم شماره ۳

شماره:.....

تاریخ:.....

بسمه تعالی

(درخواست معرفی نامه درمانی)

بدینوسیله به استحضار میرساند ، اینجانب آقای / خانم با شماره پرسنلی کد ملی.....
شاغل در منطقه شعبه خواستار دریافت معرفی نامه درمانی برای آقای / خانم نسبت کد ملی.....
جهت بستری در مورخ/...../..... بدلیل بیماری می باشم ، لطفا در این
خصوص اقدامات لازم صورت پذیرد .

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

تلفن:

کد مدرک: ID-W01-F03-00



خدمات اول‌مختصات

فرم شماره ۳

شماره:.....

تاریخ:.....

بسمه تعالی

(درخواست معرفی نامه درمانی)

بدینوسیله به استحضار میرساند ، اینجانب آقای / خانم با شماره پرسنلی کد ملی.....
شاغل در منطقه شعبه خواستار دریافت معرفی نامه درمانی برای آقای / خانم نسبت کد ملی.....
جهت بستری در مورخ/...../..... بدلیل بیماری می باشم ، لطفا در این
خصوص اقدامات لازم صورت پذیرد .

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

تلفن:

کد مدرک: ID-W01-F03-00