

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

اینجانب دکتر به شماره نظام دارنده پروانه مسئولیت فنی
به شماره..... مورخرضایت خود را جهت ادامه همکاری با
موسسه آزمایشگاه به عنوان مسئول فنی اعلام می نمایم.

مهر و امضا و تاریخ