



سازمان بهداشت عمومی، سلامت و رفاه اجتماعی

فرم ناییدیه محل سکونت داوطلب بهورزی جهت خانه بهداشت

اینجانبان امضا کنندگان ذیل بدین وسیله تایید می نمایم که:

آقای / خانم: تاریخ تولد: نام پدر:
 متولد شهرستان: شماره شناسنامه: صادره از:
 با کد ملی: از تاریخ: لغایت:

در روستای به عنوان روستای اصلی محل خانه بهداشت / در روستای به عنوان روستای قمر محل خانه بهداشت سکونت داشته است.

اعضای شورای اسلامی روستای قمر		اعضای شورای اسلامی روستای اصلی	
امضا	نام و نام خانوادگی	امضا	نام و نام خانوادگی
رئیس شورای اسلامی روستای قمر		رئیس شورای اسلامی روستای اصلی	
امضا و مهر شورا	نام و نام خانوادگی	امضا و مهر شورا	نام و نام خانوادگی

دهیار روستای قمر		دهیار روستای اصلی	
امضا و مهر دهیاری	نام و نام خانوادگی	امضا و مهر دهیاری	نام و نام خانوادگی

۱. اینجانب بهورز خانه بهداشت تایید می نمایم که فرد فوق الذکر در سامانه سیب با کد خانوار در جمعیت تحت پوشش این خانه بهداشت در روستای ثبت گشته است.

نام و نام خانوادگی بهورز امضا و مهر خانه بهداشت

۲. اینجانب مسئول مرکز بهداشتی درمانی تایید می نمایم که فرد فوق الذکر در سامانه سیب با کد خانوار در جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت ثبت گشته است.

نام و نام خانوادگی مسئول مرکز امضا و مهر مرکز بهداشتی درمانی

۳. مدیر مرکز آموزش بهورزی شهرستان: نام و نام خانوادگی امضا و مهر

۴. رئیس مرکز بهداشت شهرستان: نام و نام خانوادگی امضا و مهر