



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ستاد اجرایی مرکزی ششمین دوره انتخابات
سازمان نظام پرستاری

بسمه تعالی

شماره
تاریخ
پوست

فرم شماره (۳-۵)

بدین و سیله گواهی می شود: آقای/خانم.....

دارای ۳ سال سابقه سکونت/اشتغال به کار در شهرستان..... می باشد. این گواهی بنا به درخواست
نامبرده جهت ارائه به ستاد اجرایی ششمین دوره انتخابات سازمان نظام پرستاری صادر گردیده و فاقد هر
گونه ارزش قانونی دیگر می باشد.

نام و امضاء رئیس شبکه بهداشت و درمان

شهرستان.....