



شماره: شماره_

تاریخ: تاریخ_

پیوست: پیوست_

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم
 معاونت درمان

«فرم تعیین جانشین مسئولیت فنی موقت مرکز درمان سوء مصرف مواد»

مدیر محترم نظارت و اعتبار بخشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

سلام علیکم

با احترام، اینجانب دکتر.....مسئول فنی مرکز درمان سوء مصرف مواد..... شیفت (نوبت کاری)..... مرکز درمان سوء مصرف مواد.....
 آدرس.....
 از تاریخ..... لغایت..... قادر به انجام وظیفه در مرکز مزبور نبوده و دکتر..... را به جانشینی موقت خود طی روزهای مذکور معرفی می کنم.

امضاء مسئول فنی و مهر نظام پزشکی

مهر و امضاء موسس یا نماینده موسس

«فرم قبول جانشینی مسئولیت فنی مرکز درمان سوء مصرف مواد»

مدیر محترم نظارت و اعتبار بخشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

سلام علیکم

با احترام، اینجانب دکتر..... به عنوان جانشین دکتر..... مسئولیت فنی شیفت (نوبت کاری)..... مرکز درمان سوء مصرف مواد..... به آدرس..... از تاریخ..... لغایت..... را پذیرفته و انجام وظیفه خواهم نمود. ضمناً متعهد می گردم که در ساعات مذکور در هیچ مرکز دولتی یا خصوصی شاغل نبوده و در این مرکز حاضر خواهم بود.

مدارک مورد نیاز: الف) اصل و کپی مجوز دوره MMT ب) اصل و کپی دوره مدون اعتیاد ۱ و اعتیاد ۲ ج) اصل و کپی پروانه مطب معتبر

امضاء جانشین و مهر نظام پزشکی