

کارت شناسایی داوطلب سلامت محله

مرکز بهداشت شهرستان.....



نام

نام خانوادگی

کد ملی

این کارت معرف داوطلب سلامت محله است که در محدوده ی مرکز خدمات جامع سلامت..... به صورت افتخاری جهت مشارکت و همکاری با کارکنان و مسوولین مراکز ارایه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی و سازمان های موثر در توسعه سلامت همکاری می نماید

تاریخ صدور تاریخ اعتبار از زمان صدور ۶ ماه می باشد

امضای رئیس مرکز بهداشت