

فرم درخواست تعیین محل جهت متخصصین پزشکی بالینی درمانی که همسر ایشان در حال گذراندن خدمات قانونی مورد تعهد درمانی می باشند.

اینجانب دکتر به شماره نظام پزشکی که در سال ۱۴۰۵ در رشته تخصصی بالینی درمانی از دانشگاه فارغ التحصیل خواهم شد با توجه به اینکه همسر اینجانب به شماره نظام پزشکی در رشته تخصصی بالینی درمانی درحال گذراندن خدمات قانونی مورد تعهد به صورت درمانی در دانشگاه بوده و خدمات ایشان تا آبان ماه ۱۴۰۶ تداوم دارد تقاضا دارم با رعایت مفاد دستورالعمل توزیع نیروهای تخصصی در صورت امکان محل خدمت اینجانب نیز در دانشگاه تعیین گردد.

مهر

امضا و تاریخ آقای دکتر

مهر

امضا و تاریخ خانم دکتر