تاریخ :
شماره :
پیوست :

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند
شبکه بهداشت و درمان شهرستان نهبندان

مسئول محترم تایمکس

احتراماً ؛ گواهی می شود حضور آقا/ خانم در تاریخ های ذیل در محل کار مورد تأیید می باشد.

تاریخ	تردد خوانده شده از دستگاه	اصلاح دستی

مدیر واحد **امور اداری**