



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

پیوست:

ریاست محترم دانشکده پزشکی

با سلام و احترام

بدینوسیله گواهی می گردد سرکار خانم دکتر/ جناب آقای دکتر متخصص / فوق تخصص

..... از تاریخ / / لغایت ۱۳ / / در بخش بیمارستان

به صورت مستقیم / غیرمستقیم مشغول ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و دارویی به بیماران مبتلا به کرونا بوده‌اند.

مهر و امضاء

مهر و امضاء

مهر و امضاء

رئیس بیمارستان

معاون آموزشی بیمارستان

رئیس بخش