بسمه تعالی

**با سلام و احترام**

**خواهشمند است با درخواست اینجانب**

**سرکار خانم / آقای دکتر ...........................**

مبتنی بر مرخصی از تاریخ / / تا / / و با جایگزینی دکتر................................. پزشک دوره دیده/ دوره ندیده ، شاغل در .............موافقت میشود.

مهر و امضاء پزشک مسئول فنی مهر و امضاء پزشک جایگزین

رونوشت:

اداره سلامت روان و اعتیاد

معاونت غذا و دارو