

بسمه تعالی

گواهی می شود:

اقای / خانم

از تاریخ

لغایت

آموزش های زیر را نزد اینجانب

دیده اند

و مورد تائید اینجانب می باشند.



. (۱)

. (۲)

. (۳)

. (۴)

معاونت بهداشت

آزمایشگاه مرجع بهداشت (۵)

نام و امضاء کارشناس آموزش دهنده