

## فرم شماره ۴

تأییدیه ۳ سال اشتغال یا سکونت در حوزه انتخابیه

گواهی می‌شود: آقای / خانم .....

سمت : .....

دارای ۳ سال سابقه اشتغال / سکونت در شهرستان ..... می باشد این گواهی بنا به درخواست نامبرده جهت ارائه به ستاد اجرائی انتخابات نظام پرستاری صادر گردیده و فاقد هر گونه ارزش دیگری است.

رئیس شبکه بهداشت و درمان

شهرستان .....