

## فرم شماره ۵

ریاست محترم هیئت اجرایی انتخابات سازمان نظام پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بم

سلام علیکم

احتراماً وفق بند ۴ از تبصره ۳ ماده ۱۷ آیین نامه اجرایی انتخابات نظام پرستاری بدین وسیله گواهی می شود،  
جناب آقای / سرکار خانم ..... فرزند ..... به شماره نظام پرستاری .....  
سابقه حداقل سه سال سکونت / اشتغال در این شهرستان دارد.

رئیس هیئت مدیره نظام پرستاری

شهرستان .....