کد مدرک : 00/06 FO 41

شماره ثبت دبیرخانه :

تاریخ :

کد داروخانه :

عکس

**وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی**

**پروانه مسئول فنی صبح /عصر/ شب داروخانه**

**(نیمه وقت ، تمام وقت / شبانه روزی)**

**نام داروخانه شهر / روستا**

باستناد قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی مصوب خرداد ماه یکهزار و سیصد و سی چهار و اصلاحات بعدی آن و آئین نامه های مربوطه

صلاحیت آقای / خانم : فرزند : متولد سال :

دارای شماره شناسنامه : شماره ملی : صادره از : و نظام پزشکی شماره :

با مدرک تحصیلی : و پروانه داروسازی شماره : مورخ :

بررسی و مورد تائید قرار گرفت . لذا به نامبرده اجازه داده می شود تا مسئولیت فنی داروخانه واقع

در شهر / روستا خیابان پلاک از ساعت الی را بر عهده گیرد .

مسئول فنی موظف است در کلیه ساعات یاد شده در داروخانه حضور فعال داشته و با رعایت کامل مقررات و ضوابط علمی و حرفه ای انجام وظیفه نماید .

مدت اعتبار این پروانه با رعایت قانون آموزش مداوم گروه پزشکی (داروسازان) حداکثر به مدت سال خواهد بود .

**معاون / مدیر غذا و دارو دانشگاه**