**فرم شماره 3**

**آزمون پذيرش تکميلي تخصصي (فلوشيپ) فارماکوتراپی بالینی درمراقبتهای ویژه سال تحصیلی 96-95**

**فرم مربوط به مستخدمين ساير وزارتخانه­ها، سازمانها و نهادها**

**بدينوسيله مراتب موافقت خود را با شرکت آقاي/خانم دکتر.............................................. داراي رتبه دانشنامه تخصصي رشته.............................................. كارمند رسمي، پيماني در آزمون و طي دورة آموزشي در رشته تكميلي تخصصي .............................................. ( در صورت كسب قبولي) اعلام مي­نمايد.**

**محل مهر و امضاء وزارتخانه**

**سازمان**

**نهاد**