



دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش  
اداره حراست

درخواست صدور کارت شناسایی



نام : نام خانوادگی : شماره ملی :  
شماره شناسایی : مدرک تحصیلی : سمت :  
واحد محل خدمت : تلفن همراه :

تاریخ اتمام دوره نیروهای طرحی / شرکتی (تاریخ حتماً قید گردد) :

مهر و امضاء تأیید کننده  
تاریخ:

امضاء متقاضی  
تاریخ:

**توضیحات :**

- ۱ - لطفاً این فرم را پس از تکمیل، به همراه یک قطعه عکس و حکم کارگزینی به واحد صدور کارت دانشکده علوم پزشکی گراش ارسال نمایید.
- ۲ - پرسنل محترم شاغل در مرکز آموزشی درمانی امیرالمؤمنین (ع) گراش، می توانند فرم درخواست و مدارک مذکور را به واحد کارگزینی تحویل نمایند.