

بسمه تعالی

## معاونت محترم درمان دانشگاه

با سلام و احترام

موضوع: تقاضای افتتاح مطب

اینجانب دکتر.....پزشک: عمومی/متخصص/فوق تخصص  
رشته.....تقاضای افتتاح مطب در شهر.....به  
آدرس.....  
را دارم خواهشمند است در این زمینه اقدامات لازم بعمل آید.

شماره تلفن همراه:

محل مهر و امضاء پزشک