فرم معرفی جانشین مسئول فنی بصورت فوریتی به معاونت غذا و دارو

«براساس تبصره ماده 19 آیین نامه داروخانه ها»

معاون محترم غذا و دارو

با سلام و احترام

بدینوسیله آقای/ خانم ................................................ دارنده گواهی تشخیص صلاحیت/ مجوز فعالیت به عنوان مسئول فنی از دانشکده داروسازی، به شماره ........................................... مورخ ......................................... به عنوان جانشین آقای/ خانم دکتر .................................................................... در ساعات ................. تا ................. از تاریخ ......................... تا ......................... به مدت ............................. روز در داروخانه ................................. معرفی می گردند.

 **نام و نام خانوادگی نام و نام خانوادگی**

 **و مهر و امضاء مؤسس و مهر و امضاء مسئول فنی**