**معاونت محترم غذا و دارو د.ع.پ اصفهان**

با سلام و احترام

اینجانب دکتر................... موسس داروخانه .....................واقع در شهرستان.......................شهر/ روستا ........................ضمن ارائه تعهد مبنی بر خودداری از فعالیت بدون حضور مسئول فنی تقاضامندم با فعالیت این داروخانه در ایام تعطیلات نوروزی موافقت فرمایید.

شماه تلفن همراه مسئول موسس.................................

آدرس دقیق داروخانه:

مهر و امضاء موسس داروخانه