«بسمه تعالی»

تاریخ :۱۳۹۹/۱۲/۰۳
شماره : ۱۰/۳/۴۵۱۷
پیوست :ندارد

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمان
معاونت درمان

رئیس محترم بیمارستان .....

رئیس محترم کلینیک .....

مدیر محترم شبکه .....

موضوع:تکمیل فرم پرسنلی مربوط به واکسیناسیون کووید– ۱۹

با سلام

احتراماً به پیوست مکاتبه مدیر کل محترم آزمایشگاه مرجع سلامت در خصوص توزیع مرحله دوم واکسیناسیون کووید- ۱۹ خدمتتان ارسال می گردد. مقتضی است اطلاعات پرسنلی مورد نیاز در قالب فرمت اکسل با اولویت افراد ذکر شده در مکاتبه فوق الذکر در اسرع وقت به معاونت درمان دانشگاه ارسال گردد.

دکتر مرتضی هاشمیان
معاون درمان دانشگاه

این نامه در سیستم اتوماسیون اداری ایجاد شده و امضای الکترونیک همانند امضای اصل معتبر است.

کرمان – بلوارجمهوری اسلامی،سازمان مرکزی
تلفن: ۳۲۱۱۳۰۱۲ نمابر: ۳۲۱۱۳۱۷۰
vct.kmu.ac.ir - vct@kmu.ac.ir