



دانشگاه علم و صنعت ایران  
معاونت غذا و دارو

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود  
معاونت غذا و دارو

**« فرم ثبت درخواست تاسیس داروخانه »**

احتراماً، اینجانب : فرزند: به شماره شناسنامه: صادره از :  
متولد: محل تولد: شماره ملی: تابعیت : دین :  
ساکن : تلفن :

با تقدیم مدارک : الف - تصویر مدرک تحصیلی ، ب - تصویر صفحه اول شناسنامه و در صورت داشتن توضیحات ، تصویر صفحه آخر ، ج - گواهی تاریخ فارغ التحصیلی از دانشگاه محل تحصیل د- مدارک زیر دال بر کسب حد نصاب امتیاز محل مورد تقاضا ( اشتغال و اینتارگری )

ردیف	نام دقیق محل خدمت	شهر / روستا	امتیاز محل	تاریخ شروع فعالیت	تاریخ خاتمه فعالیت	امتیاز متقاضی
					امتیاز اینتارگری	
					امتیاز مجموع سوابق	

متقاضی تاسیس داروخانه در موارد ذیل می باشم :

نام دقیق محل مورد تقاضا ( شهر ، روستا )

نوع فعالیت داروخانه مورد تقاضا  
( روزانه ، نیمه وقت ، شبانه روزی )

۱-  
۲-  
۳-

همچنین قبلاً مجوز تاسیس داروخانه در شهر / روستا ..... تابع شهرستان ..... دانشگاه علوم پزشکی .....  
اخذ نموده و سپس مجوز آنرا ابطال نموده ام .  
اینجانب ..... متعهد می شوم که اطلاعات فوق صحیح بوده و در صورت اثبات خلاف اظهارات اعلام شده ، دانشگاه مجاز به لغو مجوز صادره خواهد بود .

نام و نام خانوادگی - امضاء متقاضی

معاونت غذا و دارو

تقاضای ثبت نام خانم / آقای ..... جهت تاسیس داروخانه دریافت و به شماره ..... در تاریخ ..... در این دبیرخانه ثبت گردید .

مهر و امضای دبیرخانه

مستفاد  
رسمی

تذکر : هرگونه تغییر آدرس و شماره تلفن می بایست در اسرع وقت به اطلاع امور دارویی دانشگاه برسد و در صورت عدم اطلاع به دانشگاه ، حقی برای متقاضی محفوظ نمی باشد .