فرم شماره 1

رياست محترم مركز بهداشت شهرستان..........................

سلام عليكم

احتراماً اينجانب.....................................به شماره شناسنامه....................... و كدملي...................................... راننده/ مالك خودرو.......................... به شماره انتظامي ...................... متقاضي دريافت مجوز بهداشتي حمل ماده غذايي........................ با وسيله نقليه بشماره فوق الذكر مي باشم. خواهشمند است دستور فرمائيد اقدام لازم بعمل آورند. ضمنا مدارك مورد نياز بشرح ذيل تقديم مي گردد.

* تصوير كارت ملي
* تصوير كارت معاينه پزشكي
* تصوير گواهينامه دوره ویژه بهداشت عمومي
* فرم تعهد محضري
* يك قطعه عكس 3×4 پرسنلي
* فيش واريزي به مبلغ بيست هزار ريال واريزي به حساب درآمد بهداشتي

نام و نام خانوادگي متقاضي

امضاء