

تاریخ .....

شماره .....

پیوست .....

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

مجتمع بیمارستانی شهید دکتر بهشتی

## گواهی تدریس

گواهی می شود :

آقای/خانم ..... شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی  
درمانی کاشان دوره آموزشی ..... با شماره مجوز  
..... مورخ ..... کمیته اجرایی آموزش و  
توانمندسازی منابع انسانی دانشگاه را در تاریخ ..... به مدت  
..... تدریس نموده اند.

دکتر محمدرضا فاضل

دکتر محسن رضوی زاده

سرپرست مجتمع بیمارستانی دکتر بهشتی

معاون آموزشی و پژوهشی مجتمع بیمارستانی دکتر بهشتی