

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 .....

..... دوره آموزشی ..... با شماره مجوز

..... مورخ ..... کمیته اجرایی آموزش و

توانمندسازی منابع انسانی دانشگاه را در تاریخ .....

مدت..... ساعت تدریس نموده اند.

دکتر مهران شریفی

سرپرست مجتمع بیمارستانی دکتر بهشتی

مهدی حاجی نوروزی

رئیس امور اداری مجتمع بیمارستانی دکتر بهشتی