**معاونت محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکي گناباد**

با سلام و احترام

اينجانب ........................................ فرزند ..................... دارنده کد ملی به شماره ........................ صادره از ............................ داراي مدرك تحصيلي ........................... در رشته ........................... مسئول فني مؤسسه ..........................................
بدينوسیله متعهد می گردم درصورت تمدید پروانه مسئول فنی، دوره های بازآموزی لازم را در طی مدت تعیین شده از سوی آن معاونت محترم گذرانده و مدارک مربوطه را تحويل نمايم.

امضاء

تاریخ

|  |
| --- |
|  |

اینجانب ...................... فرزند .................... دارنده کد ملی به شماره ................................ مدیر عامل مؤسسه ............................. متعهد می گردم شرایط لازم جهت گذراندن دوره های بازآموزی لازم توسط مسئول فنی مؤسسه را در مدت تعیین شده فراهم نمايم.

امضاء

تاریخ