



هو الشافی

تاریخ: .....

شماره: .....

پیوست: .....

**جناب آقای دکتر سیدعلی مرعشی**  
**رییس محترم مرکز پزشکی حج و زیارت**

سلام علیکم

**درخواست صدور گواهی انجام مأموریت**

احتراماً، همانگونه که مستحضر می‌باشید اینجانب .....  
تحت عنوان ..... از تاریخ ..... لغایت ..... در  
درمانگاه‌های مرکز پزشکی حج و زیارت در کشور عراق انجام وظیفه نموده‌ام  
خواهشمند است دستور فرمایید نسبت به صدور گواهی مأموریت اینجانب  
به ..... زیر مجموعه ..... اقدام لازم معمول  
فرمایند. /ق

➤ شماره فکس محل کار: .....

➤ شماره تماس ثابت با کد شهرستان: .....

➤ شماره همراه: .....

**مهر و امضای**  
**درخواست کننده**

www.hmc.ir

Address: No 1360 . Valiasr ST . Tehran.Iran

Postal code: 1517813511

Tell : 86 74 40 00

post box: 15875-4465

Fax : 88 67 87 87

نشانی: تهران، خیابان ولیعصر (عج)، بالاتر از ظفر، روبروی برج کیان، پلاک ۱۳۶۰

صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۴۴۶۵

فکس: ۸۸۶۷۸۷۸۷

کد پستی: ۱۵۱۷۸۱۳۵۱۱

تلفن: ۸۶۷۴۴۰۰۰