جمهوری اسلامی ایران

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان سید الشهدا قادرآباد

**تاریخ :...................**

**شماره : .................**



گواهی می شود که:

**آقای/بانو** ..........................از تاریخ ....................لغایت ............................

به علت ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

بطور سرپایی/بستری در این بیمارستان تحت معالجه و مداوا بوده و احتیاج به .........روز

استراحت در منزل دارد .

توضیحات دیگر

.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

رئیس بیمارستان سید الشهدا قادرآباد پزشک معالج

مهندس جواد طیبی