



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان  
معاونت غذا و دارو

تاریخ: .....

شماره: .....

پیوست: .....

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی  
اداره کل نظارت بر امور دارو و مواد مخدر  
( جهت دریافت داروی مخدر )

اینجانب دکتر ..... متخصص ..... محل کار ..... با شماره نظام پزشکی  
..... پزشک معالج آقای / خانم ..... فرزند ..... شماره شناسنامه .....  
صادره از ..... متولد ..... ساکن ..... گواهی می نماید نامبرده بعلت  
ابتلا به بیماری ..... بطور ..... بمدت ..... روزانه احتیاج به .....  
عدد ..... دارد .

مهر و امضای پزشک معالج

---

مدارک مورد نیاز جهت تحویل دارو:

۱- اصل شناسنامه و تصویر آن

۲- نسخه پزشک

---

نمابر: ۰۳۱۵۵۴۷۲۹۳۹

تلفن: ۰۳۱۵۵۴۷۳۰۲۵

آدرس: کاشان- خیابان طالقانی - محراب ۲۶

دورنگار: ۵۵۵۶۰۸۰

mail:fdo\_kashan@kaums.ac.ir

آدرس سایت: <http://fdo.kaums.ac.ir>