

معاونت محترم غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی تهران

با سلام و احترام

احتراما اینجانب

موسس/مسئول فنی داروخانه

واقع در

متعهد میگردم بر اساس بند و ضوابط ابلاغی به شماره ۶۶۵/۶۰۴۰۵ مورخ ۹۴/۵/۴ سازمان غذا و دارو حداکثر تا چهار ماه پس از تاریخ شروع به کار نسبت به ارائه گواهی گذراندن دوره آموزش قانون و مقررات امور دارویی اقدام نمایم. بدیهی است پروانه اینجانب تا تاریخ فوق الذکر اعتبار خواهد داشت. /

مهر و امضاء

تاریخ