

بسمه تعالي

جمهوري اسلامي ايران
وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي
اداره كل روابط بين الملل

فرم ضرورت حضور در مأموریت

این فرم باید توسط بالاترین مقام مسئول امضاء گردد

هدف از مأموریت :

مدت و کشور محل مأموریت:

نام و نام خانوادگی مأمور:

دست آوردهای مورد انتظار از انجام مأموریت :

علت انتخاب مأمور فوق الذکر:

چرا مدت زمان فوق الذکر برای مأموریت پیشنهاد شده است:

مرجع اعزام کننده و محل تأمین اعتبار بودجه:

نام و نام خانوادگی و امضاء مقام مسئول