



تاریخ:

شماره:

پیوست:

بسمه تعالی

رییس محترم مرکز بهداشت

موضوع: درخواست آزمایش عدم اعتیاد

باسلام و احترام

آقای/خانم..... فرزند..... به شماره ملی

آقای/خانم..... فرزند..... به شماره ملی

آقای/خانم..... فرزند..... به شماره ملی

آقای/خانم..... فرزند..... به شماره ملی

آقای/خانم..... فرزند..... به شماره ملی

آقای/خانم..... فرزند..... به شماره ملی

آقای/خانم..... فرزند..... به شماره ملی

آقای/خانم..... فرزند..... به شماره ملی

به حضورتان معرفی می گردند خواهشمند است از نامبردگان آزمایش عدم اعتیاد به مواد مخدر به عمل آورده و نتیجه را به آقای

نماینده این شرکت اعلام فرمایید.

روح ا... پایان

مدیرعامل