



باسمه تعالی

### امور اداری واحد

بدینوسیله اینجانب ..... کارمند واحد ..... به شماره کارمندی .....  
که فرزند اناث و ذکور ارشد خانواده می باشم تعهد و ضمانت مینمایم که پدرم ..... و مادرم .....  
شاغل نبوده ، ، قادر به تامین معیشت خود نمی باشد ، از هیچگونه حقوق بازنشستگی از کار افتادگی ، مستمری ، بیمه  
بیکاری و امثال آن استفاده نمی نمایند و از مزایای درمانی دیگری برخوردار نیستند ، لذا خواهشمند است در مورد  
استفاده آنان از مزایای بهداشتی سازمان اقدام لازم مبذول فرمایند ، بدیهی است در صورت اثبات خلاف آن سازمان  
میتواند برابر مقررات در مورد اینجانب تصمیم گیری نماید .

امضاء کا، مند

### مرکز بهداشت

من تایید موارد فوق الذکر آقای ..... کارمند این واحد جهت دریافت دفترچه درمانی سازمان معرفی میگردند.

مسئول امور اداری واحد

### مدیر کل امور اجتماعی و رفاهی سازمان

در اجرای بند ماده ۶ نظامنامه بهداشتی و درمانی کارکنان سازمان و بر اساس مدارک ارائه شده بدینوسیله گواهی می  
نمایم

خانم ..... شماره شناسنامه ..... محل صدور ..... تاریخ تولد .....  
و آقای ..... شماره شناسنامه ..... محل صدور ..... تاریخ تولد .....  
پدر و مادر آقای ..... کارمند ..... تحت تکفل نامبرده میباشیند.

مددکار اجتماعی

### امور اداری مرکز بهداشت

ضمن تایید موارد فوق الذکر نسبت به صدور دفترچه کفالت مادر آقای ..... دستور اقدام  
پدر

فرمائید ضمناً کپی شناسنامه بانضمام دو قطعه عکس والدین نامبرده ارسال میگردد.

مدیر امور اجتماعی و رفاهی

تاریخ :  
شماره :

بدینوسیله خانم / آقای  
کارمند این واحد را که دارای مشخصات زیر میباشد ، جهت دریافت دفترچه بهداشتی معرفی و مراتب ذیل مورد تأیید میباشد.

مدیر واحد  
سرپرست

مشخصات کارمندی	نام	نام خانوادگی	شماره شناسنامه	شماره از	تاریخ تولد	
	شماره کارمندی	تاریخ استخدام	محل خدمت	شماره و تاریخ حکم یا قرارداد	نوع استخدام	
مشخصات افراد تحت تکفل	ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با کارمند	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	ملاحظات
	۱					
	۲					
	۳					
	۴					
	۵					
	۶					
۷						

بدینوسیله تعهد و ضمانت می کنم افراد تحت تکفل اینجانب مندرج در جدول فوق ، شاغل نبوده و هیچگونه در آمد و مستمری ندارند ، در صورتیکه در آینده خلاف آن ثابت شود ، علاوه بر پرداخت مخارج طبق مقررات ، هر تضمینی که سازمان اتخاذ نماید پذیرا شوم.

امضاء کارمند

مدارک تحویلی کنترل شد و با مندرجات پرسشنامه مطابقت داشته و مورد تأیید این امور میباشد.
نام و نام خانوادگی مدیر امور عمومی یا مسئول اداری واحد / مرکز .....
تاریخ امضای