

  
 جمهوری اسلامی ایران  
 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
 بیات عالی تجدیدنظر  
 دادخواست

مشخصات شاکی:

نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره ملی	تاریخ تولد	تابعیت	شغل
آدرس پستی:						
شماره تلفن همراه:						
آدرس الکترونیکی:						

طرف شکایت:
موضوع شکایت و خواسته:
شماره و تاریخ تصمیم / رأی مورد اعتراض:
ضمائم و مستندات پرونده:
شرح شکایت:
امضا یا اثر انگشت شاکی
صحت امضای نام: نام خانوادگی: مورد گواهی است.

Blank area for content or signature.

امضا یا اثر انگشت شاکی		
مورد گواهی است.	نام خانوادگی:	صحت امضای نام: