|  |
| --- |
| فرم شماره 2**احراز سکونت**   |
| **تاییدیه مرکز سلامت :** **به این وسیله ، بومی بودن و سکونت آقای / خانم .......................................................فرزند** **.........................با کد ملی ................................ و شماره خانوار ......................****از تاریخ ...................................لغایت ...................................مورد تایید می باشد .****مهر و امضای رئیس مرکز سلامت** : |