|  |
| --- |
| 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**  : |