دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

معاونت بهداشتي

**به واحد سلامت دهان و دندان مرکز خدمات جامع سلامت ..................**

 **از مرکز/پایگاه خدمات جامع سلامت ...........................**

 با سلام و احترام

 با توجه به اینکه خانم باردار .................................که در سه ماهه دوم بارداری به سر میبرد ,جهت معاینه و خدمات دندانپزشکی مورد نیاز معرفی میگردد.

 نام و امضا مراقب سلامت

****

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

معاونت بهداشتي

 **از.................................**

با سلام و احترام

 بدین وسیله خانم ..................................تحت اقدامات ذیل قرار گرفت. مراتب جهت اطلاع ارسال می گردد.

مهر و امضا دندانپزشک