

بسمه تعالی



شماره ۵/۱۲۲/۴۹۰
تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۱۲
پیوست دارد

تولید، دانش بنیان و اشتغال آفرین
مقام معظم رهبری

دفتر طب ایرانی

رییس سرپرست محترم دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

معاون محترم درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

با سلام و تحیت

احتراما، بدینوسیله در راستای تعیین تکلیف چگونگی نحوه فعالیت فعالان در حوزه طب ایرانی، "دستورالعمل اجرایی ماده ۴ آیین نامه نحوه فعالیت فعالان حوزه طب سنتی و فروش گیاهان دارویی" به منظور تعیین صلاحیت، حدود وظایف و صدور مجوز فعالیت فعالان حوزه طب سنتی که به تایید سرپرست محترم مرکز نظارت و اعتباربخشی درمان وزارت متبوع نیز رسیده است جهت استحضار و دستور اجرا به پیوست ارسال می گردد .

دکتر نفیسه حسینی یکتا
مدیر کل دفتر طب ایرانی و مکمل

رونوشت:

-معاون محترم درمان جهت استحضار

-رییس محترم دانشکده/ رییس محترم اداره /مدیر محترم گروه طب ایرانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی..... جهت استحضار

-سازمان نظام پزشکی جهت استحضار

دستور العمل اجرایی ماده ۴ آیین نامه نحوه فعالیت فعالان

حوزه طب سنتی و فروش گیاهان دارویی

« تعیین صلاحیت، حدود وظایف و صدور مجوز فعالیت فعالان حوزه طب سنتی »

بسمه تعالی

به منظور استفاده از تجارب ارزشمند افراد فاقد مدارک تحصیلی پزشکی که با رعایت ضوابط و اخلاق حرفه ای، سال ها در حوزه طب سنتی ایرانی فعالیت نموده اند، و به استناد ماده ۴ "آیین نامه نحوه فعالیت فعالان حوزه طب سنتی و فروش گیاهان دارویی" به شماره ۱۲۲/۸۲۳/د مورخ ۱۳۹۷/۸/۲۸، دستورالعمل «تعیین صلاحیت، حدود وظایف و صدور مجوز فعالیت فعالان حوزه طب سنتی» به شرح ذیل ابلاغ می گردد:

ماده ۱: در این دستورالعمل عبارات ذیل در معانی مشروح مربوط به کار می روند:

۱-۱: متقاضی: اشخاص حقیقی فاقد مدارک رسمی تحصیلی پزشکی و دارای تجربه در حیطه طب ایرانی که داوطلب ارزشیابی علمی و عملی برای دریافت اجازه نامه فعالیت در این حوزه هستند.

۲-۱: کمیسیون: کمیسیون ماده ۱۱ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی درمانی مصوب ۱۳۶۷

۳-۱: دفتر: دفتر طب ایرانی و مکمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ماده ۲: معاونت های درمان کلیه دانشگاه های علوم پزشکی و دانشکده های مستقل، موظفند ظرف مدت یک ماه از ابلاغ این دستورالعمل، نسبت به انجام فراخوان عمومی اقدام نمایند. این فراخوان باید در رسانه های گروهی رسمی (صدا و سیما، جراید کثیرالانتشار، سایت و فضای مجازی دانشگاه) حداقل طی ۳ نوبت به فاصله ۱ ماه صورت پذیرد. (پیوست شماره ۱)

تبصره ۱: دانشگاه ها و دانشکده های مستقل مکلفند سامانه فراخوان را در سایت دانشگاه خود طراحی و آدرس آن را در

اطلاعیه فراخوان اعلام نمایند.



تبصره ۲: متقاضیانی که ظرف مدت ۳ ماه از زمان فراخوان دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی منطقه سکونت خود، نسبت به تکمیل فرم تقاضا نامه (فرم شماره ۱ و پیوست) و بارگذاری مدارک و مستندات لازم در سامانه اعلام شده اقدام نمایند؛ در فرآیند ارزشیابی قرار خواهند گرفت.

تبصره ۳: دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشکده‌های مستقل موظفند حداکثر ظرف یک ماه پس از پایان مهلت ثبت نام نسبت به ارسال تقاضاها و سوابق متقاضیان واجد شرایط به کمیته کلان منطقه خود اقدام نمایند.

ماده ۳: فرآیند بررسی تقاضاها و ارزشیابی علمی و عملی متقاضیان به شرح ذیل می باشد:

۳-۱: به استناد بند ۱-۴ "آیین‌نامه نحوه فعالیت فعالان حوزه طب سنتی و فروش گیاهان دارویی" کمیته کلان منطقه، وظیفه بررسی تقاضاها و ارزیابی مهارت‌های علمی و عملی متقاضیان را برعهده دارد. بر اساس آیین‌نامه، این کمیته مکلف است ظرف مدت ۳ ماه، اسامی افرادی که صلاحیت آنها محرز شده را جهت طی مراحل بعدی به دفتر اعلام نماید.

۳-۲: جهت تکمیل اعضای هیات علمی کمیته (ذکر شده در ماده ۴ بند ۲ آیین‌نامه) و به منظور بهره مندی از ظرفیت علمی دارندگان مدرک دکترای تخصصی طب سنتی ایرانی در سایر دانشگاه‌های هر کلان منطقه لازم است هر دانشگاه کلان منطقه طی مکاتبه با دانشگاه‌های منطقه مربوطه یک عضو هیأت علمی دارای مدرک دکترای تخصصی طب سنتی ایرانی را در صورت حضور به عنوان نماینده آن دانشگاه درخواست نماید.

۳-۳: برای بررسی صلاحیت علمی و عملی متقاضیانی که درخواست دریافت اجازه نامه در یک عنوان خاص مانند دلک و غمز (ماساژ) را دارند، حضور یک متخصص طب فیزیکی یا فیزیوتراپیست در کمیته کلان منطقه ضروری می‌باشد. بررسی این افراد به صورت آزمون شفاهی و عملی است. کمیته کلان منطقه نظر تخصصی خود را بر اساس سوابق و آزمون‌ها در خصوص تأیید و یا رد متقاضیان به دفتر اعلام می‌نماید (فرم شماره ۲ و ۳). در صورت تأیید صلاحیت به این افراد اجازه نامه فعالیت

۲



موقت (فرم شماره ۴) زیر نظر پزشک دارای مدرک دکترای تخصصی طب سنتی ایرانی در محدوده کلان منطقه مربوطه داده خواهد شد.

۳-۴: در مورد متقاضیان مدعی درمانگری در بیماری‌های مختلف، علاوه بر کفایت سوابق و مستندات، ضروری است در آزمون کتبی و شفاهی (استخراج شده از کتب قانون و مخزن الادویه) که توسط کمیته کلان منطقه انجام می‌شود؛ شرکت نمایند. ۶۰٪ نمره نهایی مربوط به آزمون کتبی، ۱۰٪ مربوط به نمره کسب شده از سوابق بر اساس امتیاز مندرج در پیوست فرم شماره ۱ و ۳۰٪ از نمره مربوط به آزمون شفاهی و مهارت‌آزمایی می‌باشد. متقاضیان جهت دریافت اجازه نامه باید حداقل ۷۰ نمره از ۱۰۰ نمره را کسب نمایند. سوالات آزمون کتبی توسط دفتر به کمیته‌ها ارسال خواهد شد و طراحی نحوه آزمون شفاهی به عهده متخصصین کمیته کلان منطقه خواهد بود.

۳-۵: پس از بررسی سوابق و انجام آزمون‌های مربوطه، کمیته کلان منطقه، نظر تخصصی خود را در خصوص تأیید و یا رد متقاضیان، به دفتر اعلام می‌نماید (فرم شماره ۲ و ۳).

ماده ۴: دفتر مکلف است حداکثر ظرف مدت یک ماه، موارد ارجاعی از کلان مناطق را بررسی و در صورت تأیید، اجازه نامه فعالیت موقت (فرم شماره ۴) در سلامت‌کنده‌های طب سنتی ایرانی و یا سایر مراکز درمانی زیر نظر پزشک دارای مدرک دکترای تخصصی طب سنتی ایرانی و در محدوده کلان منطقه مربوطه را صادر نماید.

تبصره ۱: دفتر مسئول نظارت و تأیید روند بررسی صلاحیت متقاضیان در کمیته‌های کلان منطقه‌ای کشور بوده و علاوه بر این، مرجع رسیدگی به شکایات متقاضیان، و تأیید اجازه فعالیت در صورت درخواست متقاضی برای انتقال به کلان منطقه دیگر می‌باشد.

تبصره ۲: مدت زمان اعتبار مجوزهای صادره ۲ سال است که در صورت رعایت موازین مندرج در آیین نامه قابل تمدید

می‌باشد.



ماده ۵: تمدید یا عدم تمدید اجازه نامه و چگونگی برخورد در صورت بروز تخلف در زمان اعتبار اجازه نامه به ترتیب ذیل می

باشد:

۵-۱: لازم است متقاضی به منظور تمدید اجازه نامه ۳ ماه قبل از اتمام، با مراجعه به معاونت درمان دانشگاه مربوطه نسبت به

تکمیل فرم درخواست (فرم شماره ۵) اقدام نماید.

۵-۲: در صورت احراز عدم تخلف یا ناکارآمدی و یا تخطی از ضوابط و مقررات مصوب وزارت بهداشت و درمان، مراتب بر

اساس فرم شماره ۶ توسط پزشک دارای مدرک دکترای تخصصی طب سنتی ایرانی در سلامتکده/ مرکز درمانی و معاونت

درمان دانشگاه مربوطه تأیید و به دفتر اعلام شده، اجازه نامه فعالیت متقاضی توسط دفتر دو سال دیگر تمدید خواهد شد.

۵-۳: افراد غیر پزشک دارای مجوز کار، صرفاً با حضور پزشک دارای مدرک دکترای تخصصی طب سنتی ایرانی می توانند

فعالیت داشته باشند.

۵-۴: دفتر / معاونت درمان وزارت/ معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده می تواند با توجه به گزارشات/ شکایات واصله و مستندات

متقن مبنی بر تخلف و یا ناکارآمدی فرد دارای اجازه نامه و یا تخطی وی از ضوابط و مقررات و نرخهای مصوب وزارت، نسبت

به توقف فعالیت وی و ارجاع به مراجع ذیصلاح قانونی و محاکم قضایی اقدام و در صورت ثبوت تخلف با رعایت شرایط و

امکانات خاطی و دفعات جرم و مراتب تأدیب، اجازه نامه وی را موقتاً یا بطور دائم لغو نماید.

تبصره ۱: در صورت اتمام اعتبار اجازه نامه و عدم تمدید آن، این مجوز از درجه اعتبار ساقط و فعالیت نامبرده غیرمجاز خواهد

بود. در صورت ادامه فعالیت غیرمجاز، برابر قانون و مقررات جاری برخورد خواهد شد.



تبصره ۲: با توجه به اینکه بعد از ۶ ماه از زمان ابلاغ این دستورالعمل، هرگونه فعالیت بدون مجوز معتبر در حوزه طب سنتی ایرانی، غیرقانونی خواهد بود؛ هر یک از افرادی که بدون اخذ/تمدید مجوز فعالیت از دفتر نسبت به مداخله در ارائه خدمات طب ایرانی بپردازند، ضمن توقف فعالیت توسط وزارت/دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی، به محاکم قضایی معرفی می‌شوند.

تبصره ۳: در صورتی که افراد دارای اجازه نامه آن را به دیگری واگذار نمایند و یا اجازه نامه دیگری را مورد استفاده قرار دهند مسئول فنی سلامتکده موظف است بلافاصله از فعالیت وی در سلامتکده جلوگیری و مراتب را به دانشگاه/دانشکده اعلام نماید. دانشگاه/دانشکده موظف است بلافاصله فرد خاطی را به کمیسیون معرفی و در صورت اثبات تخلف فرد مذکور مشمول مجازات های قانونی از جمله لغو پروانه خواهد گردید. در صورتی که مسئول فنی سلامتکده نسبت به اعلام تخلف اقدام ننماید، وی نیز متخلف شناخته شده و مشمول مجازات های مقرر در قوانین خواهد بود.

تبصره ۴: در صورتی که دارنده اجازه نامه در غیر از سلامتکده/مرکز درمانی اقدام به فعالیت نماید، فعالیت وی تخلف محسوب شده و دانشگاه بار اول به وی تذکر داده و در صورت تکرار تخلف پس از یک هفته، ضمن تعلیق مجوز به محاکم قضایی معرفی خواهد شد.

تبصره ۵: چنانچه با تکرار در تخلف و عدم توجه به تذکرات مواجه بوده و یا چنانچه اعمال انجام شده مشمول قانون تعزیرات حکومتی (در امور بهداشتی و درمانی) مصوب سال ۱۳۶۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام و اصلاحات بعدی باشد، موضوع به کمیسیون ماده ۱۱ قانون یاد شده و در سایر موارد به محاکم ذیصلاح قانونی و قضایی احاله خواهد شد.

تبصره ۶: در مواردی که عملکرد فرد دارای اجازه نامه ارائه خدمات طب سنتی ایرانی موجب ورود خسارات جسمانی و یا روانی به بیماران و یا خلاف ضوابط و مقررات قانونی و شرعی باشد و یا موجب اخلاف در امنیت و سلامت جامعه شود، به تشخیص رییس دانشگاه، بدون رعایت تذکرات و اخطاریه های قبلی، قابل طرح در کمیسیون بوده و با رای کمیسیون مذکور و



تایید رای توسط رییس دانشگاه، موجب توقف فعالیت فرد دارای اجازه نامه و ارجاع به مراجع ذیصلاح و محاکم قضایی خواهد

بود.

Three handwritten signatures in blue ink are located at the bottom of the page. The signatures are stylized and appear to be written by different individuals. The first signature on the left is a simple, flowing line. The middle signature is more complex, with several loops and a horizontal stroke. The third signature on the right is the most elaborate, featuring a large, circular loop and a long, sweeping tail.

آرم دانشگاه

فرم فراخوان فعالان طب سنتی ایرانی

تاریخ:.....

پیوست شماره ۱

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی امر طب سنتی ایرانی، به منظور تحقق بند (۱۲) "سیاست‌های کلی سلامت"، و برای اجرایی شدن ماده ۴ "آیین‌نامه نحوه فعالیت فعالان حوزه طب سنتی و فروش گیاهان دارویی" در نظر دارد به منظور ساماندهی ارائه خدمات در حوزه طب سنتی ایرانی، کلیه فعالان تجربی با سابقه بیش از ۲۰ سال کار و فعالیت در این حوزه را مورد ارزشیابی علمی و عملی قرار دهد. کلیه اشخاص حقیقی که به صورت تجربی در حال فعالیت در این حوزه باشند؛ می‌توانند از طریق آدرس زیر برای مشاهده ضوابط، ثبت نام و ارسال مدارک اقدام نمایند. این فراخوان ۳ نوبت به فاصله ۱ ماه منتشر شده و مهلت ثبت نام و ارسال مدارک تا یک ماه پس از تاریخ آخرین فراخوان خواهد بود.

آدرس سایت ثبت نام در کلان منطقه مربوطه:

نام و نام خانوادگی و امضاء

معاون درمان دانشگاه کلان منطقه

.....



آرم دانشگاه

فرم تقاضای اجازه نامه فعالیت

تاریخ:.....

فرم شماره ۱

معاونت محترم درمان دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی...

با اهداء سلام و تحیات:

احتراماً، اینجانب فرزند با کد ملی مطابق با
آیین نامه نحوه فعالیت فعالان حوزه طب سنتی و فروش گیاهان دارویی (به شماره ۱۲۲/۸۲۳/د مورخ ۱۳۹۷/۸/۲۸)
و دستورالعمل اجرایی ماده ۴ این آیین نامه، ضمن رعایت همه موارد مندرج در آیین نامه و دستورالعمل اجرایی این
آیین نامه، تقاضای دریافت اجازه نامه فعالیت در درمانگری ☐ دلک و غمز (ماساژ) ☐ زیر نظر پزشک دارای
مدرک دکترای تخصصی طب سنتی ایرانی را دارم. لذا درخواست می نمایم موضوع را بررسی و اعلام نظر فرمائید.

نام و نام خانوادگی و امضاء متقاضی

.....

درخواست فوق به همراه فرم مشخصات به پیوست، در تاریخ / / به دبیرخانه معاونت درمان
دانشگاه/دانشکده تحویل و با شماره..... به ثبت رسید.

مهر و امضاء دبیرخانه معاونت درمان

.....

۸

فرم مشخصات

الف) مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد:
 آخرین مدرک تحصیلی: محل صدور: کد ملی:
 شماره شناسنامه: سابقه فعالیت: سال: تلفن ثابت:
 آدرس پست الکترونیکی: آدرس: تلفن همراه:

ب) سوابق آموزشی (۱۵ امتیاز):

ردیف	عنوان دوره	مرجع صدور گواهی	سال دوره
۱			
۲			

ج) سوابق پژوهشی (در مجموع ۲۵ امتیاز):

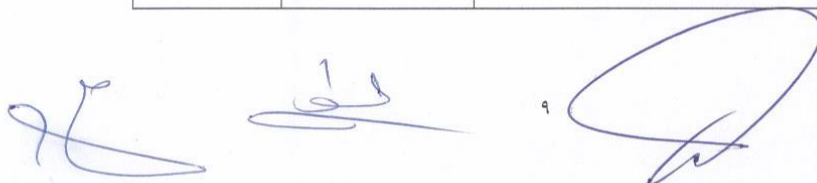
۱. مقالات علمی (اعم از تألیف یا ترجمه) در نشریات دانشجویی/دانشگاهی، همایش ها و سمینارها (۱۰ امتیاز):

ردیف	عنوان مقاله	تألیف/ترجمه	سال چاپ
۱			
۲			

۲. طرح پژوهشی (۵ امتیاز):

ردیف	عنوان طرح	مجری/همکار	سال انتشار
۱			
۲			

۹



۳. تألیف یا ترجمه کتاب (۵ امتیاز):

ردیف	عنوان کتاب	تألیف/ترجمه	مجری/همکار	سال انتشار
۱				
۲				

۴. اختراع (۵ امتیاز):

ردیف	عنوان اختراع	نام همکاران	شماره ثبت	محل ثبت	تاریخ ثبت
۱					
۲					

د) سوابق درمانی (۶۰ امتیاز):

ردیف	مرکز محل فعالیت	وابستگی مرکز	مدت فعالیت (از سال تا سال)
۱			
۲			
۳			

۱۰



آرم دانشگاه کميته
کلان منطقه

موافقت اجازه نامه فعاليت

تاريخ:

شماره:

فرم شماره ۲

دفتر طب ايراني و مکمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

با اهداء سلام و تحيات:

به استناد آيين نامه نحوه فعاليت فعالان حوزه طب سنتي و فروش گياهان دارويي (به شماره ۱۲۲/۸۲۳/د مورخ ۱۳۹۷/۸/۲۸) و دستورالعمل اجرائي ماده ۴ اين آيين نامه ، با توجه به درخواست شماره مورخ درخصوص اجازه نامه فعاليت در درمانگري ☐ دلک و غمز (ماساژ) ☐ زير نظر پزشک داراي مدرک دکترای تخصصی طب سنتی ايراني ؛ کميته کلان منطقه طی جلسه مورخ، پس از بررسي هاي لازم موافقت خود را در خصوص صلاحيت نامبرده جهت درخواست فوق اعلام مي نمايد. خواهشمند است مراتب بررسي و نتيجه نهايي به اين دانشگاه/دانشکده جهت اقدام بعدي اعلام گردد.

نام و نام خانوادگي و امضاء

معاون درمان دانشگاه کلان منطقه

.....



آرم دانشگاه کمیته
کلان منطقه

عدم موافقت اجازه نامه فعالیت

تاریخ:

شماره:

فرم شماره ۳

دفتر طب ایرانی و مکمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

با اهداء سلام و تحیات؛

به استناد آیین نامه نحوه فعالیت فعالان حوزه طب سنتی و فروش گیاهان دارویی (به شماره ۱۲۲/۸۲۳/د مورخ ۱۳۹۷/۸/۲۸) و دستورالعمل اجرایی ماده ۴ این آیین نامه و با توجه به درخواست شماره مورخ درخصوص اجازه نامه فعالیت در درمانگری ☐ دلک و غمز(ماساژ) ☐ زیر نظر پزشک دارای مدرک دکترای تخصصی طب سنتی ایرانی، کمیته کلان منطقه طی جلسه مورخ پس از بررسی های لازم و با توجه به دلایل زیر مخالفت اصولی خود را برای درخواست فوق اعلام می نماید.

۱-.....

۲-.....

نام و نام خانوادگی و امضاء

معاون درمان دانشگاه کلان منطقه

.....

۱۲



آرم دانشگاه

آرم دفتر طب ایرانی

اجازه نامه فعالیت

فرم شماره ۴

جناب آقای / سرکار خانم.....

با استعانت از خداوند متعال و در راستای اجرای ماده ۴ آیین نامه نحوه فعالیت فعالان حوزه طب سنتی و فروش گیاهان دارویی (به شماره ۱۲۲/۸۲۳/د مورخ ۱۳۹۷/۸/۲۸)، اجازه نامه فعالیت در درمانگری ☐ دلک و غمز(ماساژ) ☐ به حضرتعالی اعطا می گردد تا در حدود مقررات قانونی و صرفاً در سلامتکده های طب سنتی ایرانی و یا سایر مراکز درمانی مجاز در کلان منطقه زیر نظر پزشک دارای مدرک دکترای تخصصی طب سنتی ایرانی فعالیت نمایید.

مدت زمان اعتبار این مجوز ۲ سال می باشد و در صورت رعایت موازین مندرج در آیین نامه قابل تمدید می باشد. در صورت اتمام اعتبار اجازه نامه و عدم تمدید آن، این مجوز از درجه اعتبار ساقط و فعالیت نامبرده غیرمجاز خواهد بود و در صورت ادامه فعالیت غیرمجاز، برابر قانون و مقررات جاری برخورد خواهد شد. بدیهی است اجازه نامه فعالیت قابل واگذاری به غیر نمی باشد.

نام و نام خانوادگی و امضاء
مدیرکل دفتر طب ایرانی و مکمل

.....

رونوشت: دفتر نظارت و اعتبار بخشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم تقاضای تمدید اجازه نامه فعالیت

آرم دانشگاه

تاریخ:.....

فرم شماره ۵

معاونت محترم درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی...

با اهداء سلام و تحیات:

احتراماً اینجانب فرزند با کد ملی مطابق با آیین نامه نحوه فعالیت فعالان حوزه طب سنتی و فروش گیاهان دارویی (به شماره ۱۲۲/۸۲۳/د مورخ ۱۳۹۷/۸/۲۸) و دستورالعمل اجرایی ماده ۴ این آیین نامه، ضمن رعایت همه موارد مندرج در آیین نامه و دستورالعمل اجرایی این آیین نامه، تقاضای تمدید اجازه نامه فعالیت در درمانگری ☐ دلک و غمز (ماساژ) ☐ زیر نظر پزشک دارای مدرک دکترای تخصصی طب سنتی ایرانی را دارم. لذا درخواست می نمایم موضوع را بررسی و اعلام نظر فرمائید.

نام و نام خانوادگی و امضاء متقاضی

درخواست فوق در تاریخ / / به دبیرخانه معاونت درمان دانشگاه/دانشگاه کده تحویل و با شماره..... به ثبت رسید.

مهر و امضاء دبیرخانه معاونت درمان

۱۴

فرم تایید عدم تخلف

تاریخ:.....

شماره:

فرم شماره ۶

آرم دانشگاه

بدین وسیله گواهی می شود آقا/خانم از تاریخ // الی // زیر نظر اینجانب
دکترای تخصصی طب سنتی ایرانی در مرکز درمانی واقع در شهر خیابان
پلاک با شماره تلفن در چهارچوب آیین نامه و قوانین وزارت
بهداشت فعالیت نموده اند.

نام و نام خانوادگی و امضاء دکترای تخصصی طب سنتی ایرانی
مرکز درمانی.....

بدین وسیله تأیید می‌گردد از تاریخ / / الی / / گزارشی مبنی بر فعالیت آقا/ خانم
محدوده تعیین شده در آیین‌نامه نحوه فعالیت فعالان طب سنتی و فروش گیاهان دارویی (به شماره ۸۲۳/۱۳۲۲/د/مورخ ۱۳۹۷/۸/۲۸) و تخلف از مقررات و ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در این
معاونت ثبت نشده است.

مهر و امضاء دبیرخانه معاونت درمان



