



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مدینه

بسمه تعالی

تاریخ :  
شماره :  
پیوست :

## «گواهی»

گواهی میشود :

خانم/آقای ..... شاغل در پست .....  
در واحد ..... آشنایی کامل با نرم افزارهای ذیل را دارد:

	۱
	۲
	۳
	۴
	۵
	۶
	۷

امضاء

رئیس/معاون اداره آمار و  
فناوری اطلاعات و ارتباطات

امضاء

رابط IT واحد مربوطه

امضاء

رئیس/معاون واحد مربوطه