



1. ፋቃዱ በሃርሐቱ ውስጥ ቆት ለቆት በሚታሉ ቦታ መኖር አለበት።
2. ቁቋ ቢዓመቱ ከ ከነሐሴ 30 ቀን በቆት መታሉ ስለሰበት፤ በመስከረም ወር በጥቅምት ሲሆን ስላል፤ ከመስከረም 30 ቀት ካልሆነ ጌተሰረዝ ቆምራል።
3. ባለመገኘቱ ሥራውን ሲለቅ ቁቋ ንዋይ ወጪ ለኦሮሞ ምና ቢሮ መመለስ አለበት።
4. ምና ቢሮው ሱቅ ቁቅሃ ሃርሐቱን ወረሶ ሌላ ቦታ/ሰው ማዛወር አይቻልም።
5. ድርጅቱ ስለ ድርሀኒት ንግድ የወጡትን ዳንቦችና በየጊዜው የሚወጡትን መመሪያዎች የማይከተል ከሆነ ጤና ቢሮው ፋቃዱን ለመሰረዝ ይችላል።

ma  
n n z f k z m o y n t f  
z d z o g u



**BEFO/AHITOFFWO/307**  
**Date/Guyyaa 17-5-14**

**ለአንዱለም መለሠ ነጋሽ**

**ባለቤት**

**ጉዳዩ:- የስራ ልምድ/መልቀቂያ መስጠት ይሆናል፡፡**

አቶ አንዱለም መለሠ ነጋሽ በክልላችን በአርሲ ዞን በጎሎልቻ ወረዳ በጫንቃ ከተማ አስተዳደር ውስጥ በኢ.ፍ.ሶን መድኃኒት መደብር ውስጥ በቀን 01/10/2008 እስከ 30/10/2011 ዓ.ም እንከ 24/10/2011 እስከ 30/04/2014 በኦሮሚያ መድኃኒት መደብር ያወጡትን የብቃት ማረጋገጫ ፈቃድ መመለሳቸውን ጠቅሰው በቀን 16/05/2014 ዓ.ም መልቀቂያ እንዲሰጣቸው ጠይቀውናል፡፡

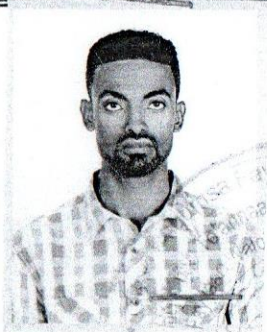
በዚሁ መሠረት አቶ አንዱለም መለሠ ነጋሽ ከ24/10/2011 ዓ.ም እስከ 30/04/2014 ዓ.ም ድረስ ሲሰሩበት የነበረውን በኦሮሚያ መድኃኒት መደብር የብቃት ማረጋገጫ ፈቃድ የመለሱ መሆናቸውንና ሲሰሩበት በነበረበት ጊዜ የሥራ ግብር ስክፍሉ የቆዩ መሆናቸውን በዲጋሚ እየገለፅን ይህን ማስረጃ የሰጠናቸው ሲሆን በሚሄዱበት ሁሉ መልካሙን እንመኛለን፡፡

**ከሠላምታ ጋር**

*ወልቀታችን*

*[Signature]*

*[Signature]*  
ሸለመ ደ.ገብ (BSc)  
የፈቃድ አሰጣጥ ምዝገባ አስተባባሪ



በኦሮሚያ ብሔራዊ ክልላዊ መንግስት  
**OROMIA NATIONAL REGIONAL GOVERNMENT**

ጤና ጥበቃ ቢሮ  
**HEALTH BUREAU**

BEFO/AHITQFFWO/1-9/14297

ቀን 24/10/2011

የምዝገባ ቁጥር (Reg.No) P= 41, 321/11

RPL=650

**የሙያ ምዝገባና የሥራ ፈቃድ ምስክር ወረቀት**

የኢትዮጵያ ፌዴራላዊ ዲሞክራሲያዊ ሪፐብሊክ መንግስት የአስፈጻሚ አካላት ስልጣንና ተግባር ለመወሰን በወጣው አዋጅ ቁጥር 471/1998 አንቀጽ 22/10 ለጤና ጥበቃ ሚኒስቴር በተሰጠው ስልጣንና ተግባር እንዲሁም በዚሁ አንቀጽ ንዑስ አንቀጽ 12 ለክልል ጤና ቢሮ በተሰጠው ውክልና መሠረት፡፡

**አንዱአለም መለሠ ነጋሽ**

ተገቢውን የብቃት ደረጃ አሟልተው ስለተገኙ በፋማሲስት ይህን የሙያ ምዝገባና የሥራ ፈቃድ ምስክር ወረቀት ተሰጥቷል፡፡

  
 የታላቋው ፊርማ

ቀን: 24/10/2011

**ማስጠንቀቂያ**

- የሙያ ምዝገባና የሥራ ፈቃድ ምስክር ወረቀት በየአምስት ዓመቱ መታደስ አለበት፡፡
- ስምና ፎቶግራፍ ከተገለፀው ሰው በስተቀር ሌላ አካል ሊገለገልበት አይገባም፡፡
- በማንኛውም ምክንያት ቢጠፋ ወዲያውኑ የማሳወቅ ግዴታ አለብዎት፡፡

**PROFESSIONAL REGISTRATION AND LICENSING CERTIFICATE**

The Ministry of Health by Virtue of the power vested in it by the definitions of powers and Duties of the Executive Organs of Federal Democratic Republic of Ethiopia proclamation Number 471//2005 Article 22(10) and as the authority delegated to regional health Bureau by this article sub article (12)

**ANDUALEM MELESE NEGASH**

Having duly satisfied the requirements hereby registered and license as **PHARMACIST**



Signature of the authorized  
 Personnel

Date (Gregorian) **01/07/2019**

**N.B**

- This certificate shall be renewed **every five years**.
- Is **unlawful** if it is found being used by another person.
- The holder is required to **notify** as soon as the certificate is lost.