



فرم خوداظهاری درخواست صدور پروانه
طبابت / دفتر کار
مخصوص متقاضی

نام و نام خانوادگی	تاریخ
کد ملی	شماره نظام پزشکی
وضعیت تأهل	رشته تحصیلی
مقطع تحصیلی	مدرک: <input type="radio"/> پره بورد <input type="radio"/> بورد
آدرس مطب	
تلفن مطب	موبایل
استان مورد درخواست	شهرستان
شهر	تاریخ فارغ التحصیلی
شرایط درخواست	
استخدام ارگان های دولتی یا نیروهای مسلح: <input type="radio"/> می باشم <input type="radio"/> نمی باشم نام ارگان:	
استخدام سایر ارگان ها: <input type="radio"/> می باشم <input type="radio"/> نمی باشم نام ارگان:	
اینجانب تأیید می نمایم که مشخصات اعلامی با مشخصات اینجانب کاملاً منطبق می باشد و در صورت بروز هرگونه تناقض و عدم تطابق در موارد یاد شده، کلیه ی مسئولیت های آن بر عهده اینجانب می باشد.	
اینجانب تعهد می نمایم در صورت وجود هرگونه نقص / تناقض اطلاعات و مقطع تحصیلی در سامانه، کتباً با سازمان اعلام نمایم.	
امضا	مهر

