

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

بسمه تعالی

فرم ثبت نام اولیه

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
شهرستان تبریز

۳ - مشخصات فردی

۲ - شماره نظام پزشکی :

۱ - تاریخ ثبت نام / / ۱۴

نام First name

نام خانوادگی Last name

نام پدر : شماره شناسنامه : تاریخ تولد : محل تولد :

محل صدور شناسنامه :		<input type="checkbox"/> مجرد	<input type="checkbox"/> متأهل	<input type="checkbox"/> زن	<input type="checkbox"/> مرد	۴ - کد ملی		
۵ - آدرس ها	استان	شهر	نشانی		کدپستی ده رقمی	تلفن		
نشانی منزل								
نشانی مطب/دفتر کار								
نشانی محل کار								
نشانی مکاتباتی		<input type="checkbox"/> منزل	<input type="checkbox"/> مطب/دفتر کار	<input type="checkbox"/> محل کار	E-mail :		تلفن همراه :	

۶ - مدارک تحصیلی	رشته	نام دانشگاه محل تحصیل	شهر	کشور	تاریخ فارغ التحصیلی روز / ماه / سال
لیسانس (کارشناس)					/ /
فوق لیسانس (کارشناس ارشد)					/ /
دکترای PhD					/ /
دکترای حرفه ای					/ /
تخصص <input type="checkbox"/> پرورد <input type="checkbox"/> پرورد					/ /
فوق تخصص					/ /

۷ - در حال حاضر دانشجوی / دستیار رشته دانشگاه مقطع ورودی سال میباشم

۸ - نوع مدرک علامت بزنید	پروانه موقت <input type="checkbox"/>	پروانه دائم <input type="checkbox"/>	گواهینامه موقت تحصیلی <input type="checkbox"/>	معرفی نامه اعزام به طرح <input type="checkbox"/>	ابلاغیه یا پروانه دستکاری <input type="checkbox"/>	دانشنامه تحصیلی <input type="checkbox"/>	تأییدیه تحصیلی <input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--	--	--	--	---

۹ - نام و نام خانوادگی همسر : محل اشتغال همسر : مدرک تحصیلی همسر :

محل تأیید کاربر / نظام پزشکی شهرستان	۱۱ - امضاء	۱۰ - نمونه خط نسخه ای لطفاً بنویسید Acetaminophen
--------------------------------------	------------	--

اینجانب صحت تمام اظهارات فوق را اعلام و تأیید مینمایم و کلیه مسوولیت های ناشی از عدم تکمیل دقیق و مغایر آن با واقعیت را می پذیرم .

امضاء