



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بسمه تعالی

فرم مشخصات فردی، تحصیلی و حرفه ای

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

Blank box for identification number

Blank box for medical system number

۳ - شماره نظام پزشکی :

۲ - تاریخ

۱ - نام و نام خانوادگی

First Name

Last Name

Grid for First Name

Grid for Last Name

۴ - کد ملی		کدپستی ده رقمی		تلفن	ساعات کار و روزهای هفته
نشانی	شهر	استان	آدرس ها	نشانی منزل	
نشانی مطب ۱					
نشانی مطب ۲					
نشانی محل کار					
E.mail :		تلفن همراه :	نشانی مکاتبه ای	<input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> مطب ۱ <input type="checkbox"/> مطب ۲ <input type="checkbox"/> محل کار	

۶ - بازنشسته شاغل هیأت علمی دولتی آزاد نام محل خدمت پست سازمانی

۷ - مدارک تحصیلی	رشته	نام دانشگاه محل تحصیل	شهر	کشور	تاریخ فارغ التحصیلی روز / ماه / سال
لیسانس					/ /
فوق لیسانس					/ /
دکترای PhD					/ /
دکترای حرفه ای					/ /
تخصص	<input type="checkbox"/> پره بورد <input type="checkbox"/> بورد				/ /
فوق تخصص	<input type="checkbox"/> پره بورد <input type="checkbox"/> بورد				/ /
فلوشیپ	<input type="checkbox"/> تخصصی <input type="checkbox"/> فوق تخصصی				/ /

۸ - در حال حاضر دانشجو/ دستیار رشته دانشگاه مقطع ورودی سال میباشم .

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

۱۰ - نوع مدرک علامت بزیند	پروانه موقت	پروانه دائم	گواهینامه موقت تحصیلی	معرفی نامه اعزام به طرح	ابلاغیه یا پروانه دستیاری	دانشنامه تحصیلی	تائیدیه تحصیلی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

۱۱ - وضعیت نظام وظیفه		<input type="checkbox"/> پایان خدمت	<input type="checkbox"/> در حال گذراندن	<input type="checkbox"/> معافیت از خدمت
محل	تاریخ شروع	تاریخ اتمام		
۱۲ - وضعیت طرح نیروی انسانی		<input type="checkbox"/> پایان طرح	<input type="checkbox"/> در حال گذراندن	<input type="checkbox"/> معافیت از طرح
محل	تاریخ شروع	تاریخ اتمام		
۱۳ - وضعیت ضریب K		<input type="checkbox"/> پایان ضریب K	<input type="checkbox"/> در حال گذراندن	<input type="checkbox"/> معافیت از ضریب K
محل	تاریخ شروع	تاریخ اتمام		

۱۴ - وضعیت پروانه مطب / مجوز دفتر کار	۱۵ - نمونه خط نسخه ای لطفاً بنویسید Acetaminophen	۱۶ - امضاء	۱۷ - مهر نظام پزشکی	محل تائید کاربر/ نظام پزشکی شهرستان
<input type="checkbox"/> فاقد پروانه مطب / مجوز دفتر کار <input type="checkbox"/> دارای پروانه مطب آزاد <input type="checkbox"/> دارای پروانه مطب مشروط (نوع شرط قید شود) <input type="checkbox"/> دارای مجوز اشتغال در مراکز درمانی (نام مرکز درمانی) <input type="checkbox"/> دارای مجوز دفتر کار				

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