تقاضانامه ثبت‌نام آزمون دوره‌های تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) داروسازی بالینی در مراقبت های ویژه

مورخ .....

نام خانوادگی : محل درج حرف به حرف نام خانوادگی از راست به چپ

نام: محل درج حرف به حرف نام از راست به چپ

نام پدر: جنس: زن ☐ مرد ☐ شماره شناسنامه: شماره کد ملی:

تاریخ تولد: / / ۱۳ وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ متقاضی شرکت در رشته فلوشیپ.....

- آیا عضو کادر هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور می‌باشید؟ بلی ☐ خیر☐

نوع عضویت هیأت علمی: رسمی قطعی ☐رسمی آزمایشی ☐ پیمانی☐

آیا متقاضی آزاد می‌باشید: بلی ☐ خیر ☐

وضعیت نظام وظیفه عمومی: کارت پایان خدمت☐، معافیت پزشکی☐، معافیت دائم و تحت تکفل☐ معافیت موقت☐

در حین خدمت: (تا ۱۴۰۱/۶/۳۱ تاریخ خدمت وظیفه عمومی به پایان می‌رسد) ☐، عضو نیروهای مسلح ☐

مشمول تبصره ۲ بند ۴/۳ آیین نامه می‌باشم ☐

مشمول تبصره ۳ بند ۴/۳ آیین نامه می‌باشم ☐

فارغ التحصیل تخصصی داخل کشور ☐ فارغ التحصیل تخصصی خارج از کشور ☐ تاریخ و محل اخذ مدرک پزشکی عمومی:

نام رشته تخصصی پیشنیاز: تاریخ فراغت از تحصیل تخصصی:

تاریخ و محل اخذ مدرک دانشنامه تخصصی: محل انجام خدمات قانونی:

مدارک پیوستی:

۱ –	۷ -
۲ –	۸ -
۳ –	۹ -
۴ –	۱۰-
۵ –	۱۱-
۶ -	۱۲ -

نشانی محل سکونت: استان شهرستان بخش خیابان

کوچه پلاک کدپستی

شماره تلفنی که بوسیله آن بتوان در مواقع ضروری تماس گرفت: تلفن منزل کدشهرستان تلفن همراه:

اینجانب ضمن مطالعه دقیق آئین‌نامه دوره‌های تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) متعهد می‌گردم که بندهای مذکور در این تقاضانامه را بدون اشتباه تکمیل نموده و در صورت وجود هرگونه مغایرت و یا عدم صحت مندرجات فوق و مدارک ارائه شده، نسبت به شرکت در آزمون فوق‌الذکر هیچگونه حقی نخواهم داشت.

تاریخ تنظیم تقاضانامه امضاء متقاضی