

تقاضانامه ثبت نام آزمون دوره‌های تكمیلی تخصصی (فلوشیپ) داروسازی بالینی در مراقبت‌های ویژه

۹۹/۰۵/۲۵

نام خانوادگی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

محل درج حرف به حرف نام خانوادگی از راست به چپ

نام:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام پدر: جنس: زن  مرد  شماره شناسنامه:

تاریخ تولد: / / ۱۳۹۹/۰۶/۳۱ وضعیت تأهل: مجرد  متاهل  متقارضی شرکت در رشتہ فلوشیپ.....

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

نوع عضویت هیأت علمی: رسمی قطعی  رسمی آزمایشی  پیمانی

آیا متقارضی آزاد می‌باشد؟ بلی  خیر

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

در حین خدمت: (تا ۱۳۹۹/۰۶/۳۱ 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 رشتہ تخصصی پیشنياز:

تاریخ و محل انجام خدمات قانونی:

مدارک پیوستی:

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

نشانی محل سکونت: استان \_\_\_\_\_ شهرستان \_\_\_\_\_ بخش \_\_\_\_\_ خیابان \_\_\_\_\_ کوچه \_\_\_\_\_ پلاک \_\_\_\_\_ کد پستی \_\_\_\_\_

شماره تلفنی که بوسیله آن بتوان در موقع ضروری تماس گرفت: تلفن منزل \_\_\_\_\_ کد شهرستان \_\_\_\_\_ تلفن همراه: \_\_\_\_\_  
ضمون مطالعه دقیق آئین نامه دوره‌های تكمیلی تخصصی (فلوشیپ) معهود می‌گردد که  
بندهای مذکور در این تقاضانامه را بدون اشتباہ تکمیل نموده و در صورت وجود هرگونه مغایرت و یا عدم صحت مندرجات  
فوق و مدارک ارائه شده، نسبت به شرکت در آزمون فوق الذکر هیچگونه حقی نخواهم داشت.

امضاء متقارضی

تاریخ تنظیم تقاضانامه

آزمون پذیرش تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) داروسازی بالینی در مراقبت‌های ویژه سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹

فرم مربوط به اعضاي هيات علمي و غير هيات علمي

دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

بدینوسیله با شرکت آقای / خانم دکتر ..... دارای رتبه  
دانشنامه تخصصی رشته ..... استادیار / کارمند رسمی ، قطعی، پیمانی  
این دانشگاه جهت استفاده از سهمیه پذیرش اعضاي هيات علمي / غيرهيات علمي معرفی  
می‌گردد.

بدیهی است در صورت پذیرفته شدن در آزمون فوق با ماموریت آموزشی وی موافقت  
می‌گردد/ نمی‌گردد.

محل مهر و امضاء رئیس دانشگاه

آزمون پذیرش تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) داروسازی بالینی در مراقبت‌های ویژه سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹

فرم مربوط به مستخدمین سایر وزارت‌خانه‌ها، سازمانها و نهادها

بدینوسیله مراتب موافقت خود را با شرکت آقای/خانم دکتر..... دارای  
رتبه دانشنامه تخصصی رشته..... کارمند رسمی، پیمانی در آزمون و  
طی دوره آموزشی در رشته تکمیلی تخصصی ..... (در صورت کسب  
قبولی) اعلام می‌نماید.

محل مهر و امضاء وزارت‌خانه  
سازمان  
نهاد