**تقاضانامه ثبت­نام آزمون دوره­هاي تکميلي تخصصي (فلوشيپ) داروسازی بالینی در مراقبت های ویژه**

**مورخ** 11/06/99

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

نام پدر: جنس: زن مرد شماره شناسنامه: شماره كد ملي:

تاريخ تولد: / / 13 وضعيت تاهل: مجرد متاهل متقاضي شرکت در رشته فلوشيپ....................

- آيا عضو کادر هيات علمي دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني کشور مي­باشيد؟ بلي خير

نوع عضويت هيأت علمي: رسمي قطعي رسمي آزمايشي پيماني

آيا متقاضي آزاد مي­باشيد: بلي خير

**وضعيت نظام وظيفه عمومي:** کارت پايان خدمت، معافيت پزشکي، معافيت دائم و تحت تکفل معافيت موقت

در حين خدمت: ( تا 31/06/1399 تاريخ خدمت وظيفه عمومي به پايان مي­رسد) ، عضو نيروهاي مسلح

مشمول تبصره 2 بند 3/4 آيين نامه مي­باشم

مشمول تبصره 3 بند 3/4 آيين نامه مي­باشم

فارغ التحصيل تخصصي داخل کشور فارغ التحصيل تخصصي خارج از کشور تاريخ و محل اخذ مدرک پزشکي عمومي:

نام رشته تخصصي پيشنياز: تاريخ فراغت از تحصيل تخصصي:

تاريخ و محل اخذ مدرک دانشنامه تخصصي: محل انجام خدمات قانوني:

|  |
| --- |
| مدارک پيوستي:1 – 7 - 2 – 8 - 3 – 9 - 4 – 10- 5 – 11- 6 - 12 - |

نشاني محل سکونت: استان شهرستان بخش خيابان

کوچه پلاک کدپستي

شماره تلفني که بوسيله آن بتوان در مواقع ضروري تماس گرفت: تلفن منزل کدشهرستان تلفن همراه:

اينجانب ضمن مطالعه دقيق آئين­نامه دوره­هاي تکميلي تخصصي (فلوشيپ) متعهد مي­گردم که بندهاي مذکور در اين تقاضانامه را بدون اشتباه تکميل نموده و در صورت وجود هرگونه مغايرت و يا عدم صحت مندرجات فوق و مدارک ارائه شده، نسبت به شرکت در آزمون فوق­الذکر هيچگونه حقي نخواهم داشت.

 تاريخ تنظيم تقاضانامه امضاء متقاضي

**فرم شماره 2**

**آزمون پذيرش تکميلي تخصصي (فلوشيپ) داروسازی بالینی در مراقبت های ویژه سال 1400-1399**

**فرم مربوط به اعضاي هيات علمي و غير هيأت علمي**

**دانشگاههاي علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني کشور**

**بدينوسيله با شرکت آقاي / خانم دکتر.............................................. داراي رتبه دانشنامه تخصصي رشته..............................................استاديار/ كارمند رسمي ، قطعي، پيماني اين دانشگاه جهت استفاده از سهميه پذيرش اعضاي هيأت علمي/ غيرهيات علمي معرفي مي‌گردد.**

**بديهي است در صورت پذيرفته شدن در آزمون فوق با ماموريت آموزشي وي موافقت مي­گردد/ نمي گردد.**

**محل مهر و امضاء رئيس دانشگاه**

**فرم شماره 3**

**آزمون پذيرش تکميلي تخصصي (فلوشيپ) داروسازی بالینی در مراقبت های ویژه سال1400 -1399**

**فرم مربوط به مستخدمين ساير وزارتخانه­ها، سازمانها و نهادها**

**بدينوسيله مراتب موافقت خود را با شرکت آقاي/خانم دکتر.............................................. داراي رتبه دانشنامه تخصصي رشته.............................................. كارمند رسمي، پيماني در آزمون و طي دورة آموزشي در رشته تكميلي تخصصي .............................................. ( در صورت كسب قبولي) اعلام مي­نمايد.**

**محل مهر و امضاء وزارتخانه**

**سازمان**

**نهاد**