باسمه تعالي

دستورالعمل آزمون پذيرش دوره­هاي تکميلي تخصصي (فلوشيپ) داروسازی بالینی در مراقبت های ویژه سال تحصيلي 400-99

1 - دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني تهران، با توجه به مجوز صادر شده از سوی دبیرخانه شورای آموزش داروسازی و تخصصی برای رشته داروسازی بالینی در مراقبت های ویژه دستیار می پذیرد.

ثبت نام و پذیرش متقاضیان واجد شرایط ازتاريخ ........ لغايت ........ از طريق سایت دانشکده داروسازی صورت می گیرد.

2 -تاريخ آزمون كتبي........ تاريخ آزمون شفاهي ........ لغايت ........ و شروع دوره از اول دی ماه 1399خواهد بود .

توجه: پذيرش نهايي از طريق معدل گيري آزمون کتبي شامل يكصد سوال ، با ضريب 2 و آزمون شفاهي (بصورت OSCE) با ضريب 1 و با رعايت کليه مقررات انجام مي­پذيرد.

نمره شفاهي + ( نمره کتبي×2 )

### 3

3- شركت كنندگان آزمون هاي پذيرش دوره هاي تكميلي تخصصي در هر مرحله ازآزمون هاي كتبي وشفاهي (اعم ازOSCE و...)ملزم به كسب حداقل 60% ازنمره كل هرمرحله از آزمون هاي مذكور مي باشند.

- در اين دوره حداقل 50% ظرفيت هر رشته/محل به اعضاي هيأت علمي رسمي و پيماني دانشگاه­هاي علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني كشور تعلق خواهد گرفت.

تبصره 1 : اعضاي هيات علمي دانشگاههاي علوم پزشكي آزاد اسلامي مشمول استفاده از مزاياي فوق شناخته نمي شوند.

تبصره 2: در صورت تكميل نشدن ظرفيت اعضاي هيأت علمي و يا عدم احراز حدنصاب، ظرفيت پذيرش از بين داوطلبان آزاد واجد شرايط تكميل مي‌گردد و در بين داوطلبين آزاد در شرايط مساوي اولويت با اعضاي غيرهيأت علمي شاغل دردانشگاههاي علوم پزشكي خواهد بود.

تبصره 3: در بين داوطلبين هيأت علمي در شرايط مساوي، اولويت با اعضاي هيئت علمي تمام وقت جغرافيايي مي­باشد.

تبصره 4: ارائه موافقت دانشگاه براي استفاده از سهميه اعضاي هيأت علمي الزامي است.

تبصره 5: پذيرفته‌شدگان عضو هيات‌علمي و اعضاي غير هيأت علمي دانشگاهها موظف به سپردن تعهد محضري خاص به ميزان سه برابر مدت آموزش به دانشگاه محل استخدام خواهند بود. (فرم شماره 2)

تبصره 6: داوطلبين آزاد در صورت پذيرفته شدن در اين دوره مي توانند با پرداخت شهريه مجاز به ثبت­نام طي دوره آموزشي مي باشند و دوره آموزشي را شروع كنند و نيازي به سپردن تعهد خدمت نخواهد بود.

توجه: اعضاي هيأت علمي كه در بخش تربيت كننده دستيار فلوشيپ فعاليت دارند مجاز به ثبت­نام در همان برنامه فلوشيپ درهمان دانشگاه نمي­باشند. اين افراد مي­توانند در ساير برنامه­هاي فلوشيپ كه در بخشهاي ديگر اجرا مي­گردد ثبت­نام و در آزمون مربوطه شركت نمايند.

4 - كاركنان رسمي وزارتخانه­ها، سازمانها و يا نهادها در اين دوره منحصراً در صورت موافقت سازمان متبوع به صورت داوطلب آزاد در آزمون شركت نموده و در صورت پذيرش با پرداخت شهريه مجاز به ادامه تحصيل مي باشند و مورد پذيرش قرار مي­گيرند. (فرم شماره 3)

5- متقاضيان واجد شرايط شرکت در آزمون پذيرش دوره­هاي تکميلي تخصصي(فلوشيپ) مي­توانند با رعايت مقررات مندرج در آئين نامه مربوطه ، ازتاريخ لغايت بصورت مراجعه حضوري اقدام به ثبت نام نمايند.

6- فرم­هاي تکمیلی بايد با دقت و بطور خوانا همراه با کليه مدارک ثبت­نامي ارائه شود.

7- مهلت ثبت­نام قابل تمديد نمي­باشد.

8- توزيع کارت و محل برگزاری آزمون جهت اطلاع داوطلبان از طریق سایت دانشکده اعلام خواهد شد.

9-آزمون كتبي پذيرش دوره­هاي تکميلي تخصصي راس ساعت ........ صبح روز ........ مورخ ........ و آزمون شفاهي روز مورخ ........ و ........ برگزار مي­شود.

مدارک مورد نياز جهت ثبت­نام و شرکت در آزمون:

1- تصوير حكم پیمانی استادياري متقاضيان عضو هيأت علمي دانشگاههاي علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني كشور(شامل كساني كه تعهدات را به پايان رسانده و به صورت پيماني يا رسمي جذب شده اند).

2- تكميل فرم شماره 2 جهت اعضاي هيأت علمي كليه دانشگاههاي علوم پزشكي كشور.

3- تصوير دانشنامه تخصصي و يا گواهي که موفقيت در آزمون دانشنامه تخصصي و يا هرگونه مدركي كه مؤيد دارا بودن دانشنامه تخصصي رشته پيشنياز باشد.

4- تصوير برگ پايان خدمت نظام وظيفه و يا معافي براي آقايان

تبصره 1: کلمه معافي به مفهوم معافيت دائم مي­باشد و داوطلبان داراي معافيت موقت پزشکي و يا کفالت با مسئوليت خود مي­توانند در آزمون پذيرش شرکت نمايند. بديهي است در صورت فراخوانده شدن به انجام خدمت نظام وظيفه اين وزارتخانه هيچگونه تعهدي براي ترخيص آنان به عهده نخواهد گرفت.

تبصره 2: داوطلباني که در حال انجام خدمت قانوني شامل خدمت وظيفه عمومي يا پيام آوران بهداشت ميباشند در صورت ارائه گواهي مبني بر اينکه مدت سربازي آنان تا تاريخ 31 شهريور ماه 1397به اتمام خواهد رسيد مجاز به شرکت در آزمون پذيرش فلو خواهند بود.

تبصره 3: آن دسته از متقاضياني که بعنوان ماده يک قانون نحوه تامين اعضاي هيات علمي مشغول انجام خدمت وظيفه در دانشگاههاي علوم پزشکي مي­باشند در صورتي که تا تاريخ 31 شهريور ماه1397 حداقل معادل طول دوره خدمت وظيفه مصوب ستاد فرماندهي نيروهاي مسلح را گذرانده باشند مي­توانند بطور مشروط در آزمون ارديبهشت ماه ثبت­نام و شرکت نمايند و در صورت قبولي و نداشتن منع قانوني از نظر اداره نظام وظيفه طبق مقررات شروع به آموزش نمايند.

5- داوطلبان مشغول انجام تعهدات به صورت هيات علمي با ارائه گواهي صادره از سوي دبيرخانه شوراي آموزش داروسازی و تخصصي و امور هيات علمي وزارت متبوع مي­توانند در اين آزمون شركت نمايند و در صورت پذيرفته شدن، جهت شروع دوره مي­بايستي حداكثر تا 25 شهريور ماه1397 كليه تعهدات خود را به اتمام رسانده باشند. بديهي است صدور گواهي مجدد جهت شروع دوره براي پذيرفته­شدگان از طرف آن معاونت و امور الزامي است و هرگونه قطع ارتباط پزشكان با دانشگاههاي محل خدمت قبل از پايان تعهدات منجر به عدم صدور گواهي مربوطه خواهد بود. لازم به ذكر است صدور هرگونه گواهي از آن دبيرخانه منوط به ارائه گواهي كار به روز از طرف محل خدمت متقاضيان خواهد بود.

6- ارائه دو قطعه عکس 4× 3

7- ارائه يک برگ فتوکپي از صفحه اول شناسنامه و در صورت هرگونه تغييري در مندرجات آن، تصوير صفحات مربوطه.

8- ارائه يک برگ فتوکپي از كارت ملي

9- واريز كردن.........ریال مبلغي به عنوان حق ثبت نام به شماره حساب دانشکده داروسازی

توجه: کليه پذيرفته­شدگان دوره­هاي تکميلي تخصصي (فلوشيپ) موظف مي­باشند پس از اعلام قبولي در دوره تا زمان شروع به آموزش در محل خدمتي خود به انجام وظيفه محوله مشغول بوده و اين گروه صرفا" در هنگام شروع به دوره آموزشي با کسب مجوز از دبيرخانه شوراي آموزش داروسازی و تخصصي و امور هيات علمي وزارت متبوع(درصورت انجام تعهدات به صورت هيات علمي) مجاز به ترخيص از خدمت مي­باشند.

10- کليه مراحل آزمون پذيرش دوره­هاي تکميلي تخصصي(فلوشيپ) تابع مقررات مندرج در آئين نامه  
دوره­هاي تکميلي تخصصي (فلوشيپ) براي شروع دوره مهرماه ........ بوده و مطابق مصوبات نشست شوراي آموزش داروسازیو تخصصي انجام مي­شود.

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

**مورخ** ........

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 31/6/1397 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 98-97**

**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 سال98-97**

**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**