

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

مورخ ۹۹/۰۶/۱۱

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 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 رشته تخصصی پیشنهادی:

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.

امضاء متقاضی

تاریخ تنظیم تقاضانامه