**تقاضانامه ثبت­نام آزمون دوره­ تکميلي تخصصي (فلوشيپ)فارماکوتراپی بالینی**

**درمراقبتهای ویژه سال تحصیلی 96-1395**

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 31/6/1395 تاريخ خدمت وظيفه عمومي به پايان مي­رسد) ، عضو نيروهاي مسلح

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 دوره 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