فرم جهت صدور گواهی نهایی

شماره نظام پزشکی

بخش عددی

بخش حرفی

نام:.....

نام خانوادگی:.....

تاریخ تولد:

روز ماه سال

کد ملی:

ردیف	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	تاریخ فارغ التحصیلی

آخرین تاریخ اخذ پروانه مطب

روز ماه سال

تاریخ اعتبار

روز ماه سال

مشخصات محل سکونت:

استان

شهر

آدرس دقیق:.....

کد پستی:

تلفن محل سکونت:

شماره تلفن همراه:

آدرس پست الکترونیک: .....

عضویت در هیئت علمی: خیر☐ مربی ☐ استادیار☐ دانشیار☐ استاد☐

مشخصـــات محـــل کـــار

نوع فعالیت	استان	شهر	نام مرکز	تلفن	آدرس دقیق

نام: نام خانوادگی:

انواع فعالیت های آموزش مداوم

کد برنامه	نوع برنامه	عنوان	تاریخ	برگزار کننده	امتیاز

تعداد:..... گواهی مربوطه پیوست می باشد.

مهر و امضاء درخواست کننده

.....

دانشگاه مربوطه:

بررسی کننده مدارک:

نام:..... نام خانوادگی:.....

وضعیت صدور گواهی☐ تحت بررسی☐ میزان امتیاز مورد تایید د میزان امتیاز تحت بررسی امضاء

شماره گواهینامه: ☐ تاریخ صدور: ☐ تاریخ اعتبار: ☐

امضاء و مهر محل صادر کننده:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرگان

بسمه تعالی

دفتر آموزش مداوم

فرم مشخصات

نام و نام خانوادگی: **کد ملی:**

سن:

مدرک تحصیلی: **رشته تخصصی:**

زمان فارغ التحصیلی:

محل کار: **استان:**

شهرستان: **شهر:**☐ **روستا:**☐

سازمان: **آزاد:**☐ **پیمانی:**☐ **قراردادی:**☐

آدرس دقیق:

.....

.....

شماره تماس: **موبایل:**.....

تلفن:.....

فاکس:.....

E-mail : .....