

بسمه تعالی  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت آموزشی، اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی  
فرم درخواست ثبت نام

عنوان برنامه :

(۱) نام خانوادگی:	(۲) نام:
(۳) شماره شناسنامه:	(۴) صادره از:
* (۵) شماره ملی:	(۱۱) محل فعالیت: الف) استان: ب) شهر: ج) بخش:
(۶) جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	
(۷) تاریخ تولد:	
(۸) شماره نظام، پروانه، مجوز کار، کارت اشتغال..... (در صورت دارا بودن)	(۱۲) نوع فعالیت:
(۹) لطفاً کلیه مدارک تحصیلی و سال اخذ آن را به ترتیب تکمیل نمایید. مدرک تحصیلی در رشته	الف) هیئت علمی <input type="checkbox"/> ب) آزاد <input type="checkbox"/> ج) رسمی <input type="checkbox"/> د) پیام آور <input type="checkbox"/> ه) پیمانی <input type="checkbox"/> و) قراردادی <input type="checkbox"/> ز) طرح <input type="checkbox"/> ر) سایر: <input type="checkbox"/>
الف) کاردانی:	سال اخذ مدرک
ب) لیسانس:	
ج) فوق لیسانس:	
د) دکترا:	
ه) تخصص:	
و) فوق تخصص:	
ر) دکترا (Ph.D):	کد پستی: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ز) سایر مدارک:	(۱۳) آدرس پستی:
(۱۴) شماره تلفن جهت تماس:	
(۱۵) امضاء متقاضی:	(۱۸) امضاء دبیر اجرایی و مهر محل برگزاری:
(۱۶) تاریخ: مهر (۱۷)	
<b>لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید</b>	
کد برنامه:	کد سازمان برگزارکننده:
شماره گواهینامه:	تاریخ شروع:
امتیاز اختصاص داده شده:	تاریخ خاتمه:
تاریخ صدور گواهینامه:	شناسه برنامه:

(۱) جهت انجام یک نظرسنجی آزاد ضروری است فرم های نظرخواهی را تکمیل فرمائید.

(۲) خواهشمند است متقاضیان محترم فرم را به دقت و با خط خوانا تکمیل نمایند.