

فرم شناسنامه دستیاری فلوشیپ

محل الصاق

عکس دستیاری

تکمیل خواناودقیق این فرم موجب سهولت ارائه خدمات آموزشی به دستیاران محترم خواهدگردید

الف) مشخصات فردی دستیار:

((کد ملی:))

۱. نام و نام خانوادگی : ۲. نام پدر : ۳. ش.ش : ۴. محل صدور: ۵. ت.ت : / /
۶. محل تولد: ۷. جنس: ۸. وضعیت تأهل: مجرد ☐ متأهل ☐ ۹. در صورت تأهل : تاریخ ازدواج : / /
- نام و نام خانوادگی همسر: شغل همسر: تعداد فرزند: ۱۰. وضعیت نظام وظیفه: پایان خدمت (شروع : / / خاتمه: / /) (/ /) (/ /)
- معافیت ☐ نوع معافیت ()

ب) مشخصات تحصیلی درمقطع پزشکی عمومی :

۱۱. دانشگاه محل تحصیل : سهمیه پذیرش : تاریخ شروع دوره : تاریخ فارغ التحصیلی:

ج) مشخصات تحصیلی درمقطع تخصصی :

۱۲. دانشگاه محل تحصیل: رشته تخصصی: سهمیه پذیرش: تاریخ شروع دوره:
- تاریخ خاتمه دوره: تاریخ قبولی در امتحان دانشنامه (بورده) تخصصی: نمره دانشنامه تخصصی: کتبی: شفاهی:
- رتبه:

د) مشخصات تحصیلی درمقطع فلوشیپ :

۱۳. رشته فلوشیپ: سهمیه پذیرش: تاریخ و دوره آزمون پذیرش دستیاری فلوشیپ:
- شماره دانشجویی مقطع فلوشیپ: تاریخ شروع دوره دستیاری: تاریخ خاتمه دوره دستیاری: شماره نظام پزشکی:
۱۴. در صورت استخدام در وزارتخانه، سازمان ویا ارگان نظامی ، انتظامی نام مورد و محل خدمت را مشخص فرمائید:
- دانشگاه علوم پزشکی : تأمین اجتماعی ☐ ارتش ☐ سپاه ☐ نیروی انتظامی ☐ سایر موارد:
۱۵. در صورتیکه پرسنل هریک از موارد فوق الذکر هستید، با استفاده از چه فرصتی درمقطع فلوشیپ ادامه تحصیل می دهید؟ تاریخ استخدام:
- مأموریت آموزشی ☐ مرخصی بدون حقوق ☐ استعفا از خدمت ☐ سایر موارد: ☐
- در صورت استفاده از مأموریت آموزشی یا مرخصی بدون حقوق نوع مرخصی و تاریخ شروع و خاتمه آن را ذکر فرمایید.
۱۶. نوع تعهد ثبتي اخذ شده در دوره دستیاری فلوشیپ : عام ☐ خاص ☐ محل تعهد خاص:
۱۷. چنانچه از دانشگاه دیگری به این دانشگاه انتقال یافته اید، نام دانشگاه مبدأ و تاریخ انتقال را بنویسید.
۱۸. آدرس محل سکونت دستیار: تلفن ثابت: همراه :
۱۹. آدرس والدین دستیار: تلفن ثابت: همراه :
- محل نمونه امضاء دستیار: تاریخ تکمیل فرم:

شماره حساب ملی:

شبا ملی:

در صورت تغییر آدرس و تلفن تماس در اولین فرصت مراتب را به آموزش تخصصی و فوق تخصصی دانشکده پزشکی اعلام فرمایید

آموزش تخصصی و فوق تخصصی دانشکده پزشکی