

فلوشیپ رشته دندانپزشکی بیمارستانی

تقاضانامه ثبت نام آزمون دوره های تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) رشته دندانپزشکی بیمارستانی مورخ 94/3/23

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: جنسیت: زن مرد شماره شناسنامه: شماره کد ملی:

تاریخ تولد / / 13 وضعیت تاهل: مجرد متاهل متقاضی شرکت در رشته فلوشیپ

- آیا عضو کارد هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور می باشید؟ بلی خیر

نوع عضویت هیات علمی: رسمی قطعی رسمی آزمایشی پیمانی

آیا متقاضی آزاد می باشید: بلی خیر

وضعیت نظام وظیفه عمومی: کارت پایان خدمت معافیت پزشکی معافیت دائم و تحت تکفل عضو نیروهای مسلح

فارغ التحصیل تخصصی داخل کشور فارغ التحصیل تخصصی خارج از کشور تاریخ و محل اخذ مدرک دندانپزشکی عمومی

نام رشته تخصصی پیشنهادی: تاریخ فراغت از تحصیل تخصصی

نام دانشگاه اخذ مدرک عمومی و تخصصی

تاریخ محل اخذ مدرک دانشنامه تخصصی / / 13 محل انجام خدمات قانونی

مدارک پیوستی	
1	6
2	7
3	8
4	9
5	10

نشانی محل سکونت:

استان شهرستان بخش خیابان کوچه

پلاک کد پستی

شماره تلفنی که به وسیله آن بتوان در مواقع ضروری تماس گرفت:

کد شهرستان تلفن منزل تلفن همراه پست الکترونیکی

اینجانب ضمن مطالعه دقیق آیین نامه دوره های تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) و آگهی فراخوان این آزمون متعهد می گردم که بندهای مذکور در این تقاضانامه را بدون اشتباه تکمیل نموده و در صورت وجود هر گونه مغایرت و یا عدم صحت مندرجات فوق و مدارک ارائه شده نسبت به شرکت در آزمون فوق الذکر هیچگونه حقی نخواهم داشت و مسئولیت کلیه عواقب آن بر عهده اینجانب خواهد بود.

تاریخ تنظیم تقاضانامه شماره نظام پزشکی امضا متقاضی