

بسمه تعالی

معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی

درخواست ثبت نام

عنوان برنامه : کنفرانس بکروزه کاربرد تستهای جدید آزمایشگاهی در تشخیص بیماریها (روشهای انجام و اندیکاسیون درخواست) سازمان برگزار کننده : دانشگاه علوم پزشکی گناباد

<p>۱۰- سال دریافت آخرین مدرک تحصیلی :</p> <p>_____</p>	<p>۱- نام خانوادگی : _____</p> <p>۲- نام : _____</p>
<p>۱۱- محل فعالیت :</p> <p>الف - استان محل فعالیت :</p> <p>ب) شهر محل فعالیت :</p> <p>ج) محل فعالیت : <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> بخش <input type="checkbox"/> روستا</p>	<p>۳- شماره شناسنامه : _____</p> <p>۴- صادره از : _____</p> <p>۵- جنس <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن</p>
<p>۱۲- نوع فعالیت :</p> <p>الف (هیئت علمی) <input type="checkbox"/></p> <p>ب) آزاد <input type="checkbox"/></p> <p>ج) رسمی <input type="checkbox"/></p> <p>ه) پیمانی <input type="checkbox"/></p> <p>د) قراردادی <input type="checkbox"/></p> <p>و) طرح <input type="checkbox"/></p> <p>ز) پیام آور <input type="checkbox"/></p>	<p>۶- تاریخ تولد _____</p> <p>۷- شماره نظام پزشکی : _____</p>
<p>۱۳- آدرس پستی :</p> <p>_____</p> <p>کد پستی : _____</p>	<p>لطفاً کلیه مدارک تحصیلی و سال اخذ آن را به ترتیب تکمیل نمایید .</p> <p>۸- مدرک تحصیلی _____</p> <p>۹- سال اخذ : _____</p> <p>الف (لیسانس در رشته : _____</p> <p>ب) فوق لیسانس در رشته : _____</p> <p>ج) دکترا در رشته : _____</p> <p>د) تخصص در رشته : _____</p> <p>ه) فوق تخصص در رشته : _____</p> <p>و) دکترا (PHD) در رشته : _____</p> <p>ز) سایر مدارک : _____</p>
<p>شماره تلفن : _____</p>	<p>۱۵- امضاء متقاضی : _____</p> <p>۱۶- تاریخ : _____</p> <p>۱۷- مهر _____</p>
<p>۱۸- امضاء مسئول و مهر محل برگزاری _____</p>	<p>لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید .</p>
<p>کد سازمان برگزار کننده : ۲۱۱۱۶</p> <p>تاریخ خاتمه : ۱۳۸۹/۵/۸</p> <p>تاریخ شروع : ۱۳۸۹/۵/۸</p> <p>تاریخ صدور :</p>	<p>کد برنامه : ۱۸۲۱۶۸۹۰۴</p> <p>امتیاز : ۵</p> <p>شماره گواهینامه :</p>

توجه مهم : خواهشمند است متقاضیان محترم فرم را به دقت و با خط خوانا تکمیل نمایند .