



### سازمان نظام پزشکی

معاونت آموزشی، پژوهشی و فرهنگی اداره کل آموزش مداوم

فرم اطلاعات مدرس و سخنران علمی پیشنهادی

فرم شماره ۲

۱۱- سال دریافت آخرین مدرک تحصیلی: <input type="text"/>	۱- نام خانوادگی: <input type="text"/>
۱۲- محل فعالیت: الف) استان محل فعالیت: ب) شهر محل فعالیت: ج) محل فعالیت: <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> بخش <input type="checkbox"/> روستا	۲- نام: <input type="text"/> ۳- شماره شناسنامه: <input type="text"/> ۴- صادره از: <input type="text"/> ۵- جنس: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد ۶- تاریخ تولد: <input type="text"/>
۱۳- دانشگاهی که در آن فعالیت دارید: ..... نوع فعالیت: <input type="checkbox"/> الف) هیات علمی <input type="checkbox"/> ب) آزاد <input type="checkbox"/> ه) قراردادی <input type="checkbox"/> ج) رسمی <input type="checkbox"/> و) طرح <input type="checkbox"/> د) پیمانی <input type="checkbox"/> ز) پیام آور	۷- شماره تلفن همراه: <input type="text"/> ۸- شماره نظام پزشکی: <input type="text"/>
۱۴- امضای متقاضی: <input type="text"/> ۱۵- تاریخ: <input type="text"/>	لطفا کلیه مدارک تحصیلی و سال آخذ آن را به ترتیب تکمیل نمایید. ۹- مدرک تحصیلی: <input type="text"/> (الف) لیسانس در رشته: <input type="text"/> (ب) فوق لیسانس در رشته: <input type="text"/> (ج) دکترا در رشته: <input type="text"/> (د) تخصص در رشته: <input type="text"/> (ه) فوق تخصص در رشته: <input type="text"/>
۱۷- کد ملی: <input type="text"/> ۱۷- آدرس پستی: <input type="text"/> کد پستی: <input type="text"/>	عنوان برنامه پیشنهادی: <input type="text"/> موضوع سخنرانی پیشنهادی: <input type="text"/> تاریخ سخنرانی: <input type="text"/> ساعت سخنرانی: <input type="text"/>
توجه مهم: خواهشمند است همکاران محترم فرم را به دقت و با خط خوانا تکمیل و حتما از مهر استفاده فرمایند.	