

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قسا
فرم مشخصات فردی، تحصیلی و حرفه ای

دارای پروانه مشروط

سال :

1- شماره نظام پزشکی:

اطلاعات فردی: 29-	استان	شهر	نشانی	کد پستی 10 رقمی	تلفن	ساعات کار و روزهائ هفته
نشانی مطب 1						
نام: نشانی مطب 2	نام خانوادگی:	کد ملی:	جنس:	سال تولد:		
نشانی محل کار	تلفن همراه:	نشانی مکانیته ای:	پست الکترونیک:			
محل پرستش منزل						

3- نام محل خدمت : نام همسر : نام همسر : نام محل خدمت اصلی : نام خانوادگی همسر : 4- وضعیت فعالیت پزشکی در شهرستان : مدرک تحصیلی همسر : 5- وضعیت تأهل : 30- وضعیت تأهل :

6- دلیل تشکیل پروانه : 7- حیطه فعالیت : 8- وضعیت اشتغال : وابسته به :

9- نوع استخدام : تاریخ خروج : 10- پست سازمانی : 11- عضو هیات علمی : نام تکمیل کننده فرم :

12- همکاری با بیمه : بیمه خدمات درمانی بیمه تأمین اجتماعی بیمه نیروهای مسلح سایر با ذکر نام هیچکدام

13- اطلاعات تحصیلی : نوع مدرک تحصیلی:

مدرک تحصیلی	نوع مدرک	رشته	نام دانشگاه محل تحصیل	شهر	کشور	تاریخ فارغ التحصیلی
لیسانس						
فوق لیسانس						
PHD دکتری						
دکتری حرفه ای						
تخصص						
فوق تخصص						
فلوشیپ						
دلروساز						

14- آیا فعلا در حال تحصیل می باشید؟ رشته تحصیلی : دانشگاه : مقطع : ورودی سال :

15- نوع مدرک :

16- وضعیت نظام وظیفه : 17- محل : 18- تاریخ شروع : 19- تاریخ اتمام :

20- وضعیت طرح نیروی انسانی: 21- محل : 22- تاریخ شروع : 23- تاریخ اتمام :

24- وضعیت ضربت K: 25- محل : 26- تاریخ شروع : 27- تاریخ اتمام :

28- وضعیت پروانه مطب / مجوز دفتر کار : فاقد پروانه مطب دارای پروانه مطب آزاد دارای مجوز دفتر کار :

دارای پروانه مطب مشروط (نوع شرط فید شود :) دارای مجوز اشتغال در مراکز درمانی (نام مرکز درمانی :) (

شهر	شماره پروانه	تاریخ صدور	تاریخ اعتبار