



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

بسمه تعالی

شماره: ...

تاریخ: ...

پوست: ...

فرم ثبت نام داروسازان مشمول خدمت پزشکان و پیراپزشکان

نام: نام خانوادگی: محل تولد:

شماره شناسنامه: تاریخ تولد: کد ملی:

جنسیت: زن مرد وضعیت تاهل: مجرد متاهل

شغل همسر: تحصیلات همسر:

فارغ التحصیل از دانشگاه: تاریخ فارغ التحصیل:

وضعیت ایثارگری:

قسمتی از طرح خود را قبلاً انجام داده ام: بلی خیر

نام مرکز: مدت انجام طرح:

علت ترک خدمت یا توقف طرح:

آدرس منزل:

تلفن تماس ضروری: ثابت با کد: موبایل:

پست الکترونیک:

مدارک لازم: کپی تمام صفحات شناسنامه - تصویر کارت ملی پشت و رو - مدرک تسویه حساب از دانشگاه مربوطه

صحت اطلاعات وارد شده را تایید می نمایم. امضاء

تاریخ