

فرم جهت صدور گواهی نهایی

بخش حرفی

بخش عددی

شماره نظام پزشکی

نام:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام خانوادگی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

روز ماه سال

--	--	--

تاریخ تولد:

کد ملی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ردیف	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	تاریخ فارغ التحصیلی

روز ماه سال

--	--	--

تاریخ اعتبار

روز ماه سال

--	--	--

آخرین تاریخ اخذ پروانه مطب

شهر

استان

مشخصات محل سکونت:

آدرس دقیق:

کد پستی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

شماره تلفن همراه:

تلفن محل سکونت:

آدرس پست الکترونیک:

عضویت در هیئت علمی: خیر مربی استادیار دانشیار استاد

مشخصات محل کار

نوع فعالیت	استان	شهر	نام مرکز	تلفن	آدرس دقیق

نام:

نام خانوادگی:

انواع فعالیت های آموزش مداوم

کد برنامه	نوع برنامه	عنوان	تاریخ	بر گزار کننده	امتیاز

تعداد:..... گواهی مربوطه پیوست می باشد.

مهر و امضاء درخواست کننده

دانشگاه مربوطه:

بررسی کننده مدارک:

نام:..... نام خانوادگی:

وضعیت صدور گواهی تحت بررسی میزان امتیاز مورد تایید د میزان امتیاز تحت بررسی امضاء

شماره گواهینامه: تاریخ صدور: تاریخ اعتبار:

امضاء و مهر محل صادر کننده:



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی تبریز

بسمه تعالی

دفتر آموزش مداوم
فرم مشخصات

کد ملی:

نام و نام خانوادگی:

سن:

رشته تخصصی:

مدرک تحصیلی:

زمان فارغ التحصیلی:

محل کار: استان:

روستا:

شهر:

شهرستان:

قراردادی:

پیمانی:

آزاد:

سازمان:

آدرس دقیق:

.....
.....

شماره تماس: موبایل:

تلفن:

فاکس:

..... : E-mail