

معاونت آموزشی اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی  
درخواست ثبت نام

عنوان برنامه:  
سازمان برگزار کننده:

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

**توجه:** جهت انجام يك نظرسنجي آزاد ضروري است فرمهاي درخواست ثبت نام پيش از اجرا برنامه و فرمهاي نظرخواهي پس از اجرا جمع آوري گردد.  
**توجه مهم:** خواهشمند است متقاضيان محترم فرم را به دقت و با خط خوانا تکمیل نمایند و حتماً از مهر استفاده نمایند.