

**بسمه تعالی**  
**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**  
**معاونت آموزشی**  
**اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی**  
**فرم درخواست ثبت نام**

سازمان برگزارکننده:

عنوان برنامه:

(۱) نام خانوادگی:	(۲) نام:
(۳) شماره شناسنامه:	(۴) صادره از:
(۵) شماره ملی:	(۱۱) محل فعالیت:
(۶) جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	الف) استان:
(۷) تاریخ تولد:	ب) شهر:
(۸) شماره نظام، پروانه، مجوز کار، کارت اشتغال..... (در صورت دارا بودن)	ج) بخش:
(۹) لطفاً کلیه مدارک تحصیلی و سال اخذ آن را به ترتیب تکمیل نمایید. مدرک تحصیلی در رشته	(۱۲) نوع فعالیت:
الف) کاردانی:	الف) هیئت علمی <input type="checkbox"/>
ب) لیسانس:	ب) آزاد <input type="checkbox"/>
ج) فوق لیسانس:	ج) رسمی <input type="checkbox"/>
د) دکترا:	د) پیام آور <input type="checkbox"/>
ه) تخصص:	ه) پیمانی <input type="checkbox"/>
و) فوق تخصص:	و) قراردادی <input type="checkbox"/>
ز) سایر مدارک:	ز) طرح <input type="checkbox"/>
(۱۰) سال دریافت آخرین مدرک تحصیلی:	ر) سایر: <input type="checkbox"/>
(۱۳) آدرس پستی:	کد پستی:
(۱۴) شماره تلفن جهت تماس:	(۱۵) امضاء متقاضی:
(۱۶) تاریخ:	(۱۸) امضاء دبیر اجرایی و مهر محل برگزاری:

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

کد برنامه: <input style="width: 100%;" type="text"/>	کد سازمان برگزارکننده: <input style="width: 100%;" type="text"/>
امتیاز اختصاص داده شده: <input style="width: 100%;" type="text"/>	تاریخ شروع: <input style="width: 100%;" type="text"/>
شماره گواهینامه: <input style="width: 100%;" type="text"/>	تاریخ خاتمه: <input style="width: 100%;" type="text"/>
تاریخ صدور گواهینامه: <input style="width: 100%;" type="text"/>	تاریخ صدور گواهینامه: <input style="width: 100%;" type="text"/>

(۱) جهت انجام یک نظرسنجی آزاد ضروری است فرم های نظرخواهی را تکمیل فرمائید.

(۲) خواهشمند است متقاضیان محترم فرم را به دقت و با خط خوانا تکمیل نمایند.