

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی

پرسشنامه مشخصات شرکت کنندگان در فعالیتهای آموزشی و پژوهشی بمنظور تعیین امتیاز آموزش مداوم

همکار گرامی :

بمنظور تسریع در تعیین امتیاز آموزش مداوم فعالیتهای آموزشی و پژوهشی، خواهشمند است فرم زیر را بطور کامل و خوانا تکمیل و همراه با کلیه مدارک به آدرس اداره کل آموزش مداوم ارسال فرمایید .

۱- نام و نام خانوادگی :	۱۲- گزارش:
۲- کد ملی:	
۳- رشته تحصیلی:	
۴- شماره نظام پزشکی :	
۵- نوع فعالیت : نگارش کتاب <input type="checkbox"/> نگارش مقاله <input type="checkbox"/>	
۶- برنامه برای متخصصین چه رشته هایی عرضه شده است: (الف) (ب) (ج)	
۷- نحوه فعالیت شما در برنامه: تالیف <input type="checkbox"/> ترجمه <input type="checkbox"/> ویراستار <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
۸- نوع فعالیت شغلی: شاغل در بخش دولتی <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/>	
۹- کشور چاپ کننده مقاله:	
۱۰- تاریخ تأیید مقاله / کتاب / روز / ماه / سال	
۱۱- آدرس محل کار :	۱۳- رأی کمیته: امتیاز
آدرس دقیق پستی (برای ارسال گواهینامه) : تلفن : کد پستی :	
(قید کد پستی الزامی است)	۱۴- نام و نام خانوادگی: امضاء تاریخ
توجه : خواهشمند است ضمن تکمیل پرسشنامه فتوکپی کارت نظام پزشکی، گواهی شرکت در برنامه ، بروشور دوره آخرین مدرک تحصیلی و گزارش مربوطه جهت بررسی ضمیمه گردد. آدرس :	

