

## فرم ثبت نام فارغ التحصیلان رشته های تخصصی پزشکی

### نکات مورد توجه

- تکمیل موارد ستاره دار الزامی می باشد .

- در صورتی که معاف از خدمات قانون پزشکان و پیراپزشکان شناخته شده اید و در گواهی پایان طرح نیروی انسانی مدتی نیز به عنوان پزشک عمومی خدمت نموده اید و در گواهی قید گردیده است محل و مدت مورد نظر را در قسمت فعالیت دولتی به عنوان پزشک عمومی ثبت نمایید

- در صورتی که در زمان پزشک عمومی فعالیت دولتی داشته اید مدت آن را بدون تداخل زمانی و دقیقاً مطابق مفاد گواهی مربوطه وارد نمایید .

- در صورتی که همسر شما فارغ التحصیل سال ۹۳ می باشد ثبت کد ملی و نظام پزشکی همسر الزامی می باشد .

- لطفاً کد پستی را به صورت ده رقمی و بدون خط تیره (-) وارد نمایید .

- لطفاً کلیه ی تاریخ ها به صورت **روز/ماه/سال** به طور کامل تکمیل نمایید.

مشخصات فردی		ردیف
		۱ * شماره نظام پزشکی
		۲ * نام
		۳ * نام خانوادگی
		۴ * نام پدر
		۵ * کد ملی
		۶ * شماره شناسنامه
		۷ * وضعیت تأهل
		۸ * استان محل تولد
		۹ تاریخ تولد
		۱۰ * جنسیت
		۱۱ * رشته تخصصی
		۱۲ * دانشگاه محل تحصیل در بدو ورود به دوره دستیاری
		۱۳ دانشگاه محل تحصیل دوره دستیاری (در صورت مهمانی یا انتقالی)
		۱۴ سال ورود به دوره دستیاری
		۱۵ * سال فراغت از تحصیل رشته تخصصی
<input type="checkbox"/> غیر ایرانی	<input type="checkbox"/> ایرانی	۱۶ * تابعیت
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۱۷ فارغ التحصیل خارج از کشور

مشخصات فردی			ردیف
<input type="checkbox"/> ارز دولتی	<input type="checkbox"/> هزینه شخصی	نوع پرداخت هزینه (در صورت فارغ التحصیلی در خارج از کشور)	۱۸
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	آیا در ایران دوره تکمیلی گذرانده اید؟ (در صورت فارغ التحصیلی در خارج از کشور)	۱۹
<input type="checkbox"/> شهریه دولتی	<input type="checkbox"/> هزینه شخصی	در صورت گذراندن دوره تکمیلی در ایران، نوع پرداخت هزینه	۲۰
			۲۱ * تلفن ثابت (با کد شهر)
			۲۲ * تلفن ضروری جهت تماس (شماره ۱)
			۲۳ * تلفن ضروری جهت تماس (شماره ۲)
			۲۴ تلفن ضروری جهت تماس (شماره ۳)
			۲۵ * تلفن همراه
			۲۶ فکس
			۲۷ * آدرس الکترونیکی (E mail)
			۲۸ کد پستی
			۲۹ آدرس

وضعیت اینارگری			ردیف
<input type="checkbox"/> جانباز	<input type="checkbox"/> آزاده	<input type="checkbox"/> فرزند شهید	۳۰

وضعیت خدمت نظام وظیفه			ردیف
خدمت نظام وظیفه			۳۱
<input type="checkbox"/> به طور ناقص انجام داده ام	<input type="checkbox"/> معافیت دارم	<input type="checkbox"/> انجام نداده ام	انجام داده ام <input type="checkbox"/>
نوع مدرک (در صورت انجام خدمت نظام وظیفه)			۳۲
<input type="checkbox"/> در بنیاد ملی نخبگان	<input type="checkbox"/>	با مدرک غیر پزشکی	با مدرک پزشکی <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	پیام آور بودم	۳۳
تاریخ شروع پیام آوری (سربازی)			۳۴
تاریخ پایان پیام آوری (سربازی)			۳۵

وضعیت خدمت پزشکان و پیراپزشکان			ردیف
خدمت پزشکان و پیراپزشکان			۳۶
<input type="checkbox"/> به طور ناقص انجام داده ام	<input type="checkbox"/> معافیت دارم	<input type="checkbox"/> انجام نداده ام	انجام داده ام <input type="checkbox"/>
محل خدمت (۱)			۳۷
شهر/روستا:	استان:	شهرستان:	
تاریخ شروع			۳۸
تاریخ پایان			۳۹

در صورتی که در بیش از یک محل خدمت نموده اید مشخصات جدول زیر را نیز تکمیل نمایید.			
<b>وضعیت خدمت پزشکان و پیراپزشکان</b>			<b>ردیف</b>
محل خدمت (۲)			۴۰
استان:	شهرستان:	شهر/روستا:	
تاریخ شروع			۴۱
تاریخ پایان			۴۲

در صورتی که در بیش از یک محل خدمت نموده اید مشخصات جدول زیر را نیز تکمیل نمایید.			
<b>وضعیت خدمت پزشکان و پیراپزشکان</b>			<b>ردیف</b>
محل خدمت (۳)			۴۳
استان:	شهرستان:	شهر/روستا:	
تاریخ شروع			۴۴
تاریخ پایان			۴۵

<b>مشخصات سند تعهد محضری بدو ورود به دوره دستیاری</b>				<b>ردیف</b>
نوع تعهد				۴۶ *
<input type="checkbox"/> تعهد عام	<input type="checkbox"/> تعهد خاص (مناطق محروم)	<input type="checkbox"/> تعهد خاص (سه‌میه خانمها)	<input type="checkbox"/> تعهد خاص (استخدامی)	<input type="checkbox"/> تعهد خاص (نظامی)
نام دانشگاه محل تعهد				۴۷
نوع استخدام				۴۸
<input type="checkbox"/> دانشگاه		<input type="checkbox"/> استخدام رسمی وزارتخانه/سازمان		<input type="checkbox"/> نیروهای نظامی و انتظامی
سازمان / دانشگاه				۴۹
<input type="checkbox"/> ارتش جمهوری اسلامی ایران		<input type="checkbox"/> سپاه پاسداران انقلاب اسلامی ایران		<input type="checkbox"/> نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران
<input type="checkbox"/> وزارت دفاع				
تاریخ استخدام				۵۰
استفاده از مأموریت آموزشی				۵۱
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			
شماره سند تعهد محضری ورود به دوره دستیاری				۵۲ *
تاریخ سند تعهد محضری ورود به دوره دستیاری				۵۳ *

<b>وضعیت پروانه دائم پزشکی</b>			<b>ردیف</b>
<input type="checkbox"/> ندارم	<input type="checkbox"/> دارم	پروانه دائم	۵۴
شماره پروانه دائم			۵۵
تاریخ صدور پروانه دائم			۵۶

<b>توضیحات</b>	