



**معاونت درمان**  
**مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی درمانی**  
**فرم مشخصات دستیاران سال آخر رشته های تخصصی پزشکی**

<b>مشخصات فردی:</b>			
نام خانوادگی:	نام پدر:	کدملی:	شماره شناسنامه:
وضعیت تأهل:	استان محل تولد:	تاریخ تولد:	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>
شماره نظام پزشکی:	رشته تخصصی:	سال ورود به دوره دستیاری:	
دانشگاه محل تحصیل: (در بدو ورود به دوره دستیاری)	دانشگاه محل تحصیل: (در صورت مهمان/انتقال)		
فارغ التحصیل خارج از کشور: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
تلفن ثابت (با کد شهر):	تلفن ضروری جهت تماس: ۱-	۲-	۳-
تلفن همراه:	آدرس پست الکترونیکی (E-mail): (الزامی)		
کدپستی:	آدرس محل سکونت:		

<b>وضعیت ایثارگری:</b>	<input type="checkbox"/> همسر یا فرزند شهدا	<input type="checkbox"/> فرد آزاده	<input type="checkbox"/> فرزند جانباز بالای ۷۰٪
	<input type="checkbox"/> همسر یا فرزند مفقودین جنگ تحمیلی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> فرد جانباز (..... درصد)

<b>وضعیت خدمت نظام وظیفه:</b>		
<input type="checkbox"/> با مدرک پزشکی انجام داده ام	<input type="checkbox"/> با مدرک غیرپزشکی انجام داده ام	<input type="checkbox"/> در بنیاد علمی نخبگان انجام داده ام
<input type="checkbox"/> معافیت دارم	<input type="checkbox"/> انجام نداده ام	<input type="checkbox"/> به طور ناقص انجام داده ام
تاریخ شروع سربازی (پیام آوری):	تاریخ پایان سربازی (پیام آوری):	پیام آور بهداشت بوده ام <input type="checkbox"/>

<b>وضعیت خدمت پزشکان و پیراپزشکان:</b>			
<input type="checkbox"/> انجام داده ام	<input type="checkbox"/> انجام نداده ام	<input type="checkbox"/> معافیت دارم	<input type="checkbox"/> به طور ناقص انجام داده ام
محل خدمت:	شهرستان محل خدمت:	تاریخ شروع:	تاریخ پایان:

<b>مشخصات تعهد محضری:</b>		
شماره تعهد محضری ورود به دوره دستیاری:	تاریخ سند تعهد محضری:	
نوع تعهد: عام <input type="checkbox"/>	خاص (مناطق محروم (استان .....)) <input type="checkbox"/>	خاص (سهمیه خانم ها (استان .....)) <input type="checkbox"/>
خاص (نظامی-انتظامی) <input type="checkbox"/>	خاص (استخدام) <input type="checkbox"/>	
نوع استخدام: دانشگاه (.....) <input type="checkbox"/>	وزارتخانه/ سازمان (.....) <input type="checkbox"/>	نیروهای نظامی-انتظامی <input type="checkbox"/>
تاریخ استخدام:	از مأموریت آموزشی استفاده کرده ام <input type="checkbox"/>	

<b>وضعیت شغلی همسر:</b>	
<input type="checkbox"/> فارغ التحصیلان همزمان	کدملی:
<input type="checkbox"/> بدون ارتباط استخدامی	<input type="checkbox"/> کارمند رسمی (.....) <input type="checkbox"/> دستیار (دانشگاه .....)
<input type="checkbox"/> عضو هیأت علمی (دانشگاه .....)	<input type="checkbox"/> در حال گذراندن تعهدات (دانشگاه .....)
شماره نظام پزشکی:	

<b>ارسال هرگونه مدرک تکمیلی بعد از مهلت مقرر و دریافت کد رهگیری امکان پذیر نخواهد بود .</b>	
نام و نام خانوادگی دستیار:	
تاریخ:	
مهر و امضاء:	