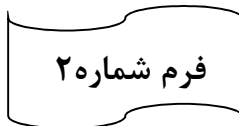


بسمه تعالی

شماره.....

تاریخ.....



فرم مخصوص اعضای هیئت علمی مربی رسمی متقاضی شرکت در آزمون دکتری تخصصی و پژوهشی سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲

به : مرکز سنجش آموزش پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

از.....

بدینوسیله اعلام می‌دارد آقای..... شماره شناسنامه..... به..... کدملی.....

..... با مشخصات زیر متقاضی شرکت در آزمون دوره دکتری تخصصی و پژوهشی رشته‌ی..... عضو هیأت علمی مربی رسمی/آزمایشی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی..... می باشد.

- ۱- نام خانوادگی : نام پدر : شماره شناسنامه:
- ۲- رشته امتحانی: کدملی:
- ۳- رشته مقطع کارشناسی ارشد یا دکتری حرفه‌ای : دانشگاه محل تحصیل :
- سال ورود : سال فراغت از تحصیل: معدل:
- ۴- محل خدمت کنونی (دانشگاه علوم پزشکی) تاریخ شروع: محل خدمت:
- ۵- در صورتیکه متعهد خدمت به وزارتخانه، سازمان یا مرکزی بوده و یا در حال حاضر تعهد خود را می‌گذارید نام سازمان یا مرکز مورد تعهد ذکر نمایید : مدت تعهد : تاریخ شروع تعهد : تاریخ خاتمه:
- ۶- آیا خدمات قانونی پزشکان و پیراپزشکان را گذرانیده اید ؟ محل خدمت : تاریخ شروع : تاریخ خاتمه:
- ۷- بدینوسیله گواهی می‌شود خانم / آقای

نوع رابطه استخدامی	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه
الف : رسمی قطعی		
ب: رسمی آزمایشی		

محل امضاء و مهر بالاترین مقام مسئول صادر کننده حکم کارگزینی