

بسمه تعالی

شماره.....

تاریخ.....

فرم شماره ۲

فرم مخصوص اعضای هیئت علمی مربی رسمی متقاضی شرکت در آزمون دکتری تخصصی و پژوهشی سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۶

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

بدینوسیله اعلام می‌دارد آقای..... به شماره شناسنامه..... متولد سال..... فرزند.....  
خانم.....  
..... 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: کد ملی:

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:

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<br>ب: رسمی آزمایشی |            |             |

محل امضاء و مهر بالاترین مقام مسئول صادر کننده حکم کارگزینی