



هیئت مرکزی نظارت بر هشتمین دوره
انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان
ستاد هماهنگی هشتمین دوره انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی

محل الصاق عکس

پرسشنامه داوطلبی عضویت در هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی

استان: _____ شهرستان: _____ سراسری: دوره ای:

۱- مشخصات فردی:

نام: _____

نام خانوادگی: _____

نام خانوادگی قبلی: _____ فرزند: _____ شماره شناسنامه: _____ محل صدور: _____

تاریخ تولد: / / _____ محل تولد: _____ کد ملی: _____

وضعیت تاهل: متاهل مجرد تعداد فرزندان: _____ تابعیت فعلی: _____ قبلی: _____

شغل: _____ شماره نظام پزشکی: _____ شماره تلفن همراه: _____

آدرس محل سکونت فعلی: _____ شماره تلفن: _____

آدرس محل سکونت قبلی: _____ شماره تلفن: _____

آدرس محل کار: _____ شماره تلفن: _____

آدرس ایمیل: _____

۲- وضعیت تحصیلی:

مدارج تحصیلی بترتیب « دیپلم ، فوق دیپلم ، کارشناسی ، کارشناسی ارشد، دکتری یا تخصص، فوق تخصص ، فلوشیپ» ذکر شود:

نوع مدرک	رشته تحصیلی	نام موسسه آموزشی	کشور	شهر	توضیحات

دفترخانه: شهرک قدس، بلوار فرحزادی، بلوار ایوانک، ساختمان مرکزی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بلوک A، ضلع شمالی طبقه ۹

تلفن: ۰۲۱-۴۸۹۶۰۴۹۶۰، ۰۲۱-۴۸۹۶۰۴۹۶۰، ۰۲۱-۵۴۱۲۰۸۱۴۵
دورنگار: ۰۲۱-۸۱۴۵۴۷۰۸

هیئت مرکزی نظارت بر هشتمین دوره
انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان
ستاد هماهنگی هشتمین دوره انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی

۳- مهمترین مشاغل، مسئولیت و سوابق آموزشی و پژوهشی به ترتیب از آخرین شغل:

ردیف	نام موسسه یا سازمان	سمت	از سال	تا سال	آدرس موسسه یا سازمان
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

۴- هرگونه سابقه بازداشت یا محکومیت پزشکی و کیفری:

ردیف	مورد اتهام	تاریخ	مرجع رسیدگی کننده	نتیجه رسیدگی
۱				
۲				
۳				
۴				

دفترخانه: شهرک قدس، بلوار فرحزادی، بلوار ایوانک، ساختمان مرکزی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بلوک A، ضلع شمالی طبقه ۹

تلفن: ۰۲۱-۴۸۹۶۰۴۹۶۰، ۰۲۱-۴۸۹۶۰۴۹۶۰، ۰۲۱-۵۴۱۲۰۸۱۴۵
دورنگار: ۰۲۱-۸۱۴۵۴۷۰۸



هیئت مرکزی نظارت بر هشتمین دوره
انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان
ستاد هماهنگی هشتمین دوره انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی

۵- آیا تابعیت غیر از ایران دارید؟ آری خیر کدام کشور:

۶- سوابق حضور در جبهه های حق علیه باطل: داوطلبانه تیم اضطراری طرح یک ماهه مدت حضور:

۷- سابقه همکاری با موسسات پزشکی وابسته به نهادها و امور خیریه: آری خیر کدام موسسه:

۸- سه نفر از افراد مشهور و متعهد که از سوابق شما اطلاعات کامل داشته باشند را با ذکر محل و تلفن تماس معرفی نمایید:

۱- نام و نام خانوادگی: آدرس و محل کار:

۲- نام و نام خانوادگی: آدرس و محل کار:

۳- نام و نام خانوادگی: آدرس و محل کار:

اینجانب با اعتقاد به نظام جمهوری اسلامی ایران، داوطلبی خود را جهت عضویت در هیات مدیره سازمان نظام پزشکی شهرستان
اعلام و تعهد می نمایم که اظهارات فوق کاملاً صحیح و مطابق با واقعیت می باشد.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضاء و مهر نظام پزشکی:

دفترخانه: شهرک قدس، بلوار فرحزادی، بلوار ایوانک، ساختمان مرکزی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بلوک A، ضلع شمالی طبقه ۹

تلفن: ۰۲۱-۴۸۹۶۰۴۹۶۰، ۰۲۱-۴۸۹۶۰۴۸۹۶، ۰۲۱-۵۴۱۲۰۸۱۴۵ دورنگار: ۰۲۱-۸۱۴۵۴۷۰۸