

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی

دفتر آموزش مداوم جامعه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

**پرسشنامه مشخصات شرکت کنندگان در فعالیتهای آموزشی و پژوهشی بمنظور تعیین امتیاز آموزش مداوم**

**همکار گرامی**

بمنظور تسریع در تعیین امتیاز آموزش مداوم فعالیتهای آموزشی و پژوهشی، خواهشمند است فرم زیر را بطور کامل و خوانا تکمیل و همراه با کلیه مدارک به آدرس اداره کل آموزش مداوم ارسال فرمائید.

۱- نام و نام خانوادگی:	۷- نحوه فعالیت شما در برنامه:
۲- کد ملی	تألیف: <input type="checkbox"/>
۳- رشته تحصیلی:	ترجمه: <input type="checkbox"/>
۴- شماره نظام پزشکی:	ویراستار: <input type="checkbox"/>
	سایر: <input type="checkbox"/>
۵- نوع فعالیت:	۸- نوع فعالیت شغلی:
<input type="checkbox"/> نگارش کتاب	شاغل در بخش دولتی <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> نگارش مقاله	آزاد <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ایندکس مقاله ..... سند برای ایندکس مقاله .....	
۶- برنامه برای متخصصین چه رشته هایی عرضه شده است:	۹- آدرس محل کار:
(الف)	
(ب)	آدرس دقیق پستی: ( برای ارسال گواهینامه):
(ج)	تلفن: کدپستی:
	(قید کدپستی الزامی است)
	۱۰- نام و نام خانوادگی:
	تاریخ امضاء

توجه: خواهشمند است ضمن تکمیل پرسشنامه فتوکپی کارت نظام پزشکی، سند برای ایندکس، اصل مقاله یا کتاب، آخرین مدرک تحصیلی و گزارش مربوطه جهت بررسی ضمیمه گردد.

