

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران

معاونت آموزشی

اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی

پرسشنامه مشخصات شرکت کنندگان در سمینارها ، کنگره ها و دوره های آموزش مداوم خارج از کشور به منظور

تعیین امتیاز آموزش مداوم

همکار گرامی؛

بمنظور شروع در تعیین امتیاز آموزش مداوم خارج از کشور خواهشمند است فرم زیر را به طور کامل و خوانا تکمیل با کلیه مدارک به آدرس زیر ارسال فرمایید.

۱- نام و نام خانوادگی :	۱۲- نحوه شرکت شما در برنامه :
۲- کد ملی :	شرکت کننده:
۳- رشته تحصیلی :	سخنران:
۴- شماره نظام پزشکی :	شرکت کننده و سخنران:
	سایر موارد با ذکر مشخصات:
۴- نام برنامه :	
۵- محل برگزاری :	۱۳- ریز عناوین بحث شده در برنامه با توجه چه رشته تخصصی :
۶- سازمان برگزار کننده :	
۷- زمان برگزاری : از تاریخ	لغایت
۸- برنامه برای متخصصین چه رشته هایی عرضه شده است	۱۴- نوع فعالیت شغل
الف -	شاغل در بخش دولتی
ب -	آزاد
ج -	
۹- تعداد ساعات کل برنامه :	آدرس محل کار :
۱۰- تعداد کل ساعات بحث مربوط به رشته تخصصی متقاضی	
۱۱- نحوه و اجرای برنامه :	آدرس دقیق پستی (برای ارسال گواهینامه)
سخنرانی	تلفن :
سخنرانی ، کار عملی ، بحث گروهی	کد پستی:
کارگروهی	(قید کد پستی الزامی است)
کار عملی در بخش	
سایر موارد با ذکر نام	نام و نام خانوادگی :
	امضاء
	تاریخ:
توجه : خواهشمند است ضمن تکمیل پرسشنامه فتوکپی کارت نظام پزشکی گواهی شرکت در برنامه بروشور دوره آخرین مدرک تحصیلی و گزارش مربوطه به بررسی ضمیمه گردد. آدرس :	