

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

آموزش مداوم دانشگاه

جناب آقای / سرکار خانم دکتر..... با شماره نظام پزشکی ..... دارای کد

ملی ..... رشته تحصیلی .....

چنانچه دلیل عدم تکمیل امتیازات شما جهت صدور گواهی نهایی ، یکی از موارد زیر می باشد، آن را علامت گذاری نموده و مدارک مستند ارائه نمایید.

- ۱. ابتلا به بیماری
- ۲. بیماری صعب العلاج اقوام درجه یک
- ۳. پزشک تک متخصص شهرستان
- ۴. اقامت در خارج از کشور
- ۵. سکونت و اشتغال در مناطق محروم

دلایل خارج از موارد مصوب فوق الذکر :

**تذکر:** شایان ذکر است در صورت عدم تکمیل مدارک لازم، پرونده شما قابل طرح در شورای کمیته ماده ۶ مطرح نخواهد بود.

آدرس منزل :

آدرس مطب یا محل کار :

مهر و امضاء

تلفن همراه :

تلفن تماس ثابت:

این قسمت توسط آموزش مداوم تکمیل می گردد:

میزان کسر امتیاز: .....

امتیاز لازم: .....

امتیاز موجود: .....

آیا نامبرده تاکنون از کمیته ماده ۶ استفاده نموده است؟

رای کمیته ماده شش :