|  |
| --- |
| فرم شماره یک |

پزشک محترم لطفا اطلاعات زیر را تکمیل بفرمایید.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی | سابقه کار | رشته تحصیلی | مقطع تحصیلی | مسئولیت فعلی | وضعیت استخدام | | | ساعت موظف | | شماره پرسنلی | توضیحات |
| رسمی | پیمانی | قراردادی | بهداشت،درمان و تغذیه | تدریس یا امور دیگر |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* ایمیل:1- 2- 3-
* تلفن همراه:1- 2- 3-
* تلفن ثابت:1- 2- 3-
* نام پردیس:

3-مهر و امضا پزشک

|  |
| --- |
| 2-مهر و امضا پزشک |

|  |
| --- |
| 1-مهر و امضا پزشک |

* شهر: