

فرم درخواست پروانه دفتر کار مامایی



(پیوست شماره ۷)

اینجانب:

نام پدر:	نام خانوادگی:	نام:

شماره ملی	شماره شناسنامه	شماره عضویت نظام پزشکی م-

مجرد	متاهل	محل صدور شناسنامه	محل تولد	تاریخ تولد / /

فارغ التحصیل	رشته	دانشگاه	شهر	کشور	تاریخ فارغ التحصیلی
کارشناسی					/ /
کارشناسی ارشد					/ /

نوع پروانه مامایی	<input type="checkbox"/> دائم: <input type="checkbox"/> موقت:	شماره پروانه	تاریخ صدور پروانه / /	واحد صادرکننده پروانه	تاریخ پایان طرح نیروی انسانی / /

پروانه دفتر کار قبلی	نداشته ام داشته ام	نام شهر پروانه دفتر کار	شماره پروانه	تاریخ صدور پروانه	تاریخ اعتبار پروانه	واحد صادرکننده پروانه
	<input type="checkbox"/>					

چنانچه سابقه فعالیت در دفتر کار یا مراکز درمانی داشته اید لطفا قید شود.	نام محل فعالیت (دفتر کار، درمانگاه، ...)	دولتی	خصوصی	شهر	خیابان	شروع کار	پایان کار
						/ /	/ /
						/ /	/ /
						/ /	/ /
						/ /	/ /

وضعیت شغلی <input type="checkbox"/> شاغل:	<input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> غیر دولتی	<input type="checkbox"/> رسمی/پیمانی <input type="checkbox"/> غیر رسمی	نام محل خدمت: نام محل خدمت: بازنشسته <input type="checkbox"/> غیر شاغل <input type="checkbox"/>
---	--	---	---

متقاضی اخذ پروانه دفتر کار در شهر می باشم. تاریخ تکمیل فرم:

آدرس و شماره تماس:

مندرجات این پرسشنامه و صحت مدارک آن مورد تایید می باشد.

امضاء و مهر