



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

فرم درخواست پروانه مطب پزشکان و دندانپزشکان

(پیوست شماره ۴)

اینجانب:

نام پدر:	نام خانوادگی:	نام:

زن	مرد	شماره ملی	شماره شناسنامه	شماره نظام پزشکی

مجرد	متاهل	محل صدور شناسنامه	محل تولد	تاریخ تولد
				/ /

فارغ التحصیل	رشته	دانشگاه	شهر	کشور	تاریخ فارغ التحصیلی
عمومی	<input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> دندانپزشکی				/ /
تخصصی					/ /
فلوشیپ					/ /
فوق تخصص					/ /

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

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

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

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

متقاضی اخذ پروانه مطب شهر می باشم. تاریخ تکمیل فرم:

آدرس و شماره تماس:

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

امضاء و مهر پزشک