

## اسامی پذیرفته شدگان کمیسیون طرح رشته کارشناسی مامایی، بهار 98

ردیف	نام و نام خانوادگی	محل خدمت تعیین شده	ردیف	نام و نام خانوادگی	محل خدمت تعیین شده
۱	راندانا ابراهیمی	مرکز آموزشی درمانی الزهرا	۱۷	عذرا رضائیان تودشکی	حشمتیه نایین
۲	شبلم قاسمی همدانی	مرکز آموزشی درمانی الزهرا	۱۸	مرضیه آزادمردخاتون آبادی	حشمتیه نایین
۳	فاطمه حیدری	مرکز آموزشی درمانی شهیدبهبشتی	۱۹	لیلا قریبی	شهیدرجایی داران
۴	آزاده سلمانی فشارکی	مرکز آموزشی درمانی شهیدبهبشتی	۲۰	محدثه رجبی انالوجه	شهیدرجایی داران
۵	مریم شاه نظری	مرکز آموزشی درمانی شهیدبهبشتی	۲۱	فاطمه رضایی	فاطمیه خوانسار
۶	پریسا حلاجی رنایی	مرکز آموزشی درمانی شهیدبهبشتی	۲۲	فاطمه عباسی بادجانی	رسول اکرم(ص) فریدونشهر
۷	سارا صالحی	مرکز آموزشی درمانی شهیدبهبشتی	۲۳	شهرزاد مسعود	شهیدبهبشتی اردستان
۸	مهشید قربانی سینی	مرکز آموزشی درمانی شهیدبهبشتی	۲۴	محبوبه هاشمی	سیدالشهداء(ع) سمیرم
۹	زهره جرکانی باصیری	مرکز آموزشی درمانی شهیدبهبشتی	۲۵	عطیه افشاری	سیدالشهداء(ع) سمیرم
۱۰	فاطمه احسان پور	مرکز آموزشی درمانی شهیدبهبشتی	۲۶	سمانه داودی سمیرمی	سیدالشهداء(ع) سمیرم
۱۱	گلشن عالی وند	مرکز آموزشی درمانی شهیدبهبشتی	۲۷	معصومه قاسم پور	سیدالشهداء(ع) سمیرم
۱۲	نسیم ذکریا	مرکز آموزشی درمانی شهیدبهبشتی	۲۸	محبوبه حبیبی موسی آبادی	امیرالمؤمنین(ع) شهرضا
۱۳	فاطمه اکبری	مرکز آموزشی درمانی شهیدبهبشتی	۲۹	زهرا آلبوغبیش	امیرالمؤمنین(ع) شهرضا
۱۴	زهرا رحیمی	مرکز آموزشی درمانی شهیدبهبشتی	۳۰	راضیه قربانی رنایی	امیرالمؤمنین(ع) شهرضا
۱۵	آنیثا صانعی قمبوانی	مرکز آموزشی درمانی شهیدبهبشتی	۳۱	مهسا رستمیان	امیرالمؤمنین(ع) شهرضا
۱۶	فاطمه سلطانیان تیرانچی	مرکز بهداشت شماره یک (زایشگاه هرنند)			

**توضیحات مهم 1:** پذیرفته شدگان موظف می باشند از تاریخ 98/4/1 لغایت پایان وقت اداری 98/4/5 پس از دریافت فرم های تعهد از سایت معاونت درمان ، جهت تکمیل فرم تعهد به مراکز پذیرفته شده مراجعه و پس از گرفتن مهر و امضاء کارگزینی و مدیریت مراکز ، اسکن فرم های تکمیل شده را در سایت ثبت نام ( [ir.gov.behdasht.tarhreg](http://ir.gov.behdasht.tarhreg) ) در قسمت سایر مدارک آپلود کنند .

**2-** پذیرفته شدگان موظف می باشند در بازه زمانی ( 98/4/1 لغایت پایان وقت اداری 98/4/5 ) در صورتی که فارغ التحصیل دانشگاه دولتی بوده اند، فرم به روز شده تسویه حساب صندوق رفاه را در قسمت سایر مدارک آپلود نمایند. در صورت عدم آپلود

فرم مذکور، فرد بعدی جایگزین ایشان خواهد شد. 3- پذیرفته شدگان در صورت تمایل به انصراف ، حداکثر تا پایان وقت اداری 98/4/3 درخواست کتبی خود را به صورت حضوری به اداره امامایی معاونت درمان تحویل نمایند. 4- در صورت انصراف بعد از تاریخ مقرر ، امکان گذراندن طرح در این استان وجود نخواهد داشت. 5- به دلیل نیاز اورژانسی مراکز درمانی به نیروهای طرحی ، افراد پذیرفته شده که دارای قرارداد شرکت تأمین نیرو و یا قرارداد پزشک خانواده هستند می بایست ظرف مدت یک هفته از زمان اعلام اسامی سریعاً انصراف خود را اعلام کرده و در سامانه رشد ثبت کنند. 6- در صورت ناقص بودن مدارک ارسالی و یا عدم انصراف از شرکت های دارای قرارداد، نفر بعدی که امتیاز بیشتری دارد جایگزین خواهد شد. 7- رعایت مقررات بیمارستان ، پوشیدن یونیفرم ، نصب اتیکت ، رعایت حجاب و عدم استفاده از زیورآلت و مواد آرایشی الزامی می باشد.