باسمه تعالی شماره :

 تاریخ :

فرم درخواست فعالیت در کلینیک های ویژه دانشگاه

ویژه پزشکان تمام وقت

**جناب آقای دکتر خوروش**

**قائم مقام محترم رییس دانشگاه در امور کلینیک های ویژه دانشگاه**

**با سلام و احترام**

**اینجانب ............................................. به شماره نظام پزشکی....................... با تخصص ......................... با مشخصات به شرح زیر، متقاضی فعالیت در کلینیک های ویژه دانشگاه می باشم. خواهشمند است در صورت صلاحدید دستور اقدام لازم در این خصوص را صادر نمائید.**

**مشخصات :**

**کدملی: ...................................**

**رشته تحصیلی : ....................................... مدرک تحصیلی: فوق تخصص 🞏فلوشیپ🞏 متخصص🞏 🞏PHD🞏 MDPHD**

**دارای برد تخصصی هستم 🞏 .**

**نوع رابطه استخدامی : رسمی🞏 پیمانی🞏 قراردادی 🞏 نوع قرارداد.................................**

**درحال گذراندن تعهدات هستم 🞏تعهدات خود را به پایان رسانده ام 🞏.**

**دارای پروانه فعالیت در شهر اصفهان هستم 🞏 نیستم🞏 .**

**دارای مطب خصوصی هستم 🞏نیستم🞏 .**

**متقاضی فعالیت در کلینیک ویژه :**

**الزهرا🞏 امام موسی صدر🞏 چمران 🞏نور🞏 فیض🞏 امین 🞏 کودکان امام حسین🞏 آیت اله کاشانی🞏**

**تخصصی آنکولوژی الزهرا 🞏 سیدالشهدا 🞏**

**گلدیس🞏 حشمتیه نائین 🞏 امام خمینی فلاورجارن 🞏 ساعی خمینی شهر 🞏 منتظری نجف آباد🞏**

**دارای حکم کارگزینی تمام وقت می باشم و به پیوست این درخواست می باشد🞏 .**

**شماره تماس (حتما شماره به نام پزشک متقاضی باشد.):**

 **مهر و امضا پزشک متقاضی**