

فرم مشخصات فردی متخصصین مشمول تعهدات قانونی خدمت در مانی

نام نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه

محل صدور تاریخ تولد کد ملی وضعیت تأهل

استخدام: سهمیه قبولی در دوره تخصص:

رشته تحصیلی:

شماره نظام پزشکی:

دانشگاه محل تحصیل در بدو ورود دوره دستیاری:

دانشگاه محل تحصیل در زمان فارغ التحصیلی:

تاریخ فراغت از تحصیل:

آدرس منزل:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

اینجانب متعهد می گردم، در اسرع وقت پس از تکمیل این فرم نسبت به تسویه حساب با دانشگاه محل تحصیل اقدام و فرم تسویه حساب را به محل فعالیت تحویل نمایم. بدیهی است تبعات ناشی از هر گونه عدم پیگیری در موضوع پیشگفت (عدم صدور گواهی پایان تعهدات، عدم آزاد سازی مدرک تحصیلی) بر عهده اینجانب می باشد.

مهر و امضاء پزشک

تاریخ