



معاونت درمان
مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی درمانی
فرم مشخصات دستیاران سال آخر رشته های تخصصی پزشکی

مشخصات فردی:			
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	کدملی:
وضعیت تأهل:	استان محل تولد:	تاریخ تولد:	جنسیت: زن ☐ مرد ☐
شماره نظام پزشکی:	رشته تخصصی:	سال ورود به دوره دستیاری:	
دانشگاه محل تحصیل: (در بدو ورود به دوره دستیاری)	دانشگاه محل تحصیل: (در صورت مهمان/انتقال)		
فارغ التحصیل خارج از کشور: بلی ☐ خیر ☐			
تلفن ثابت (با کد شهر):	تلفن ضروری جهت تماس: ۱- ۲- ۳-		
تلفن همراه:	آدرس پست الکترونیکی (E-mail): (الزامی)		
کدپستی:	آدرس محل سکونت:		

وضعیت ایثارگری:	
همسر یا فرزند شهید ☐	فرد آزاده ☐
همسر یا فرزند مفقودین جنگ تحمیلی ☐	فرد جانباز (..... درصد) ☐

وضعیت خدمت نظام وظیفه:	
☐ با مدرک پزشکی انجام داده ام	☐ با مدرک غیرپزشکی انجام داده ام
☐ معافیت دارم	☐ انجام نداده ام
تاریخ شروع سربازی (پیام آوری):	تاریخ پایان سربازی (پیام آوری):
☐ در بنیاد علمی نخبگان انجام داده ام	☐ پیام آور بهداشت بوده ام

وضعیت خدمت پزشکان و پیراپزشکان:	
☐ انجام داده ام	☐ انجام نداده ام
محل خدمت:	شهرستان محل خدمت:
☐ معافیت دارم	☐ به طور ناقص انجام داده ام
تاریخ شروع:	تاریخ پایان:

مشخصات تعهد محضری:	
شماره تعهد محضری ورود به دوره دستیاری:	تاریخ سند تعهد محضری:
نوع تعهد: عام ☐	خاص (مناطق محروم (استان)) ☐
خاص (نظامی-انتظامی) ☐	خاص (استخدام) ☐
نوع استخدام: ☐ دانشگاه (.....)	☐ وزارتخانه/سازمان (.....)
تاریخ استخدام:	☐ از مأموریت آموزشی استفاده کرده ام

وضعیت شغلی همسر:	
☐ فارغ التحصیلان همزمان	کدملی:
☐ بدون ارتباط استخدامی	☐ کارمند رسمی (.....) ☐ دستیار (دانشگاه)
☐ عضو هیأت علمی (دانشگاه)	☐ در حال گذراندن تعهدات (دانشگاه)
شماره نظام پزشکی :	

ارسال هرگونه مدرک تکمیلی بعد از مهلت مقرر و دریافت کد رهگیری امکان پذیر نخواهد بود .	
نام و نام خانوادگی دستیار:	
تاریخ :	
مهر و امضاء :	