

شناسنامه اعضای هیأت علمی دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی کشور (فرم شماره ۱)

(مختص اعضای هیات علمی دارای مدارک دکترای پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، و متخصصین پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی)

نام نام خانوادگی..... دانشگاه محل خدمت دانشکده محل خدمت

. گروه آموزشی بیمارستان محل خدمت

محل کار.....

الف - مشخصات فردی مدرس :

تاریخ تولد روز، ماه، سال	شهر محل تولد	ش. شناسنامه	نام پدر	ملیت	دین (مذهب)	وضعیت تاهل	تعداد فرزندان

ب - مشخصات همسر مدرس :

نام	نام خانوادگی	کد ملی	آخرین مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	شغل

ج - وضعیت تحصیلی مدرس از بدو ورود به دانشگاه :

نوع مدرک	تاریخ اخذ مدرک	رشته تحصیلی	نام دانشگاه محل تحصیل

د- مرتبه علمی مدرس : مربی آموزشی مربی استادیار دانشیار استاد

ه) وضعیت استخدامی : رسمی قطعی رسمی آزمایشی پیمانی پیمانی طرح نیروی انسانی یا تعهدات قانونی

پیمانی طرح سربازی قراردادی مامور از

ح) نوع همکاری : فعال : تمام وقت جغرافیایی تمام وقت :

د) شماره تلفن همراه : (ج) شماره نظام پزشکی :

کد ملی : سهمیه ایثارگری :

ایمیل: