



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

فرم درخواست پروانه
دفتر کار مامایی

(پیوست شماره ۷)

اینجانب:

نام پدر:	نام خانوادگی:	نام:

شماره ملی	شماره شناسنامه	شماره عضویت نظام پزشکی م-

متاهل	مجرد	محل صدور شناسنامه	محل تولد	تاریخ تولد / /

فارغ التحصیل	رشته	دانشگاه	شهر	کشور	تاریخ فارغ التحصیلی
کارشناسی					/ /
کارشناسی ارشد					/ /

نوع پروانه مامایی	<input type="checkbox"/> دائم: <input type="checkbox"/> موقت:	شماره پروانه	تاریخ صدور پروانه / /	واحد صادرکننده پروانه	تاریخ پایان طرح نیروی انسانی / /

پروانه دفتر کار قبلی	<input type="checkbox"/> نداشته ام <input type="checkbox"/> داشته ام	نام شهر پروانه دفتر کار	شماره پروانه	تاریخ صدور پروانه	تاریخ اعتبار پروانه	واحد صادرکننده پروانه

چنانچه سابقه	نام محل فعالیت (دفتر کار، درمانگاه، ...)	دولتی	خصوصی	شهر	خیابان	شروع کار	پایان کار
فعالیت در دفتر کار						/ /	/ /
یا مراکز درمانی						/ /	/ /
داشته اید لطفا قید شود.						/ /	/ /

وضعیت شغلی <input type="checkbox"/> شاغل:	<input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> غیر دولتی	<input type="checkbox"/> رسمی/پیمانی <input type="checkbox"/> غیر رسمی	نام محل خدمت: بازنشسته <input type="checkbox"/> غیر شاغل <input type="checkbox"/>
---	--	---	--

متقاضی اخذ پروانه دفتر کار در شهر می باشم. تاریخ تکمیل فرم:

آدرس و شماره تماس:

مندرجات این پرسشنامه و صحت مدارک آن مورد تایید می باشد.

امضاء و مهر