

فرم گواهی خارج از کشور	
نام و نام خانوادگی	میزان امتیاز کارشناسی شده: میزان امتیاز جلسه:
تخصص	نوع امتیاز:
شماره کد ملی	تاریخ جلسه:
نام دوره (فارسی):	اصل گواهی با امضاء رویت شد
زمان برگزاری (روز / ماه / سال شمسی):	تأیید کارشناس:
محل و سازمان برگزار کننده (فارسی):	توضیحات:
کشور / محل طبابت در سال دریافت امتیازات:	
در متن گواهی ارائه شده چند CME تأیید شده وجود دارد	
زبان گواهی ارائه شده:	
ارائه تصویر آخرین پروانه مطب / دانشنامه:	

محل امضاء عضو مدعو

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

معاونت آموزشی

اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی

پرسشنامه مشخصات شرکت کنندگان در سمینارها، کنگره ها و دوره های آموزش مداوم خارج از

کشور به منظور تعیین امتیاز آموزش مداوم

خواهشمند است فرم زیر را به طور کامل و خوانا تکمیل و همراه با کلیه مدارک به این دفتر تحویل گردد.

تاریخ:

۱- نام و نام خانوادگی: ۲- رشته تحصیلی: ۳- شماره نظام پزشکی:	۱۲- نحوه شرکت در برنامه: شرکت کننده: سخنرانی: شرکت کننده و سخنرانی: سایر موارد با ذکر مشخصات:
۴- نام برنامه: ۵- محل برگزاری: ۶- سازمان برگزار کننده: ۷- زمان برگزاری: تاریخ: لغایت:	۱۳- عناوین بحث شده در برنامه با توجه به رشته تخصصی: (الف) (ب) (ج) (د) (و)
۸- برنامه برای متخصصین چه رشته هایی عرضه شده است: (الف) (ب) (ج)	۱۴- نوع فعالیت شغلی: <input type="checkbox"/> شاغل در بخش دولتی: <input type="checkbox"/> آزاد: آدرس محل کار: کد پستی: تلفن: امضاء:
۹- تعداد ساعات کل برنامه: ۱۰- تعداد کل ساعات بحث مربوط به رشته تخصصی متقاضی:	
۱۱- نحوه اجرای برنامه: <input type="checkbox"/> سخنرانی <input type="checkbox"/> سخنرانی، کار عملی، بحث گروهی <input type="checkbox"/> کار گروهی <input type="checkbox"/> کار عملی در بخش <input type="checkbox"/> سایر موارد با ذکر نام	
توجه: خواهشمند است ضمن تکمیل پرسشنامه مدارک زیر ضمیمه گردد: (فتوکپی کارت نظام پزشکی، اصل و کپی شرکت در برنامه، بروشور برنامه، فتوکپی مدرک تحصیلی، گزارش مربوطه)	