

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:

۱۲- نحوه شرکت در برنامه: شرکت کننده: سخنرانی: شرکت کننده و سخنرانی: سایر موارد با ذکر مشخصات:	۱- نام و نام خانوادگی: ۲- رشته تحصیلی: ۳- شماره نظام پزشکی:
۱۳- عناوین بحث شده در برنامه با توجه به رشته تخصصی: الف) ب) ج) د) و)	۴- نام برنامه: ۵- محل برگزاری: ۶- سازمان برگزار کننده: ۷- زمان برگزاری: تاریخ: لغایت:
۱۴- نوع فعالیت شغلی: <input type="checkbox"/> شاغل در بخش دولتی: <input type="checkbox"/> آزاد: آدرس محل کار: کد پستی: تلفن: امضاء:	۸- برنامه برای متخصصین چه رشته هایی عرضه شده است: الف) ب) ج) 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)	