

بسمه تعالی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت آموزشی
اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی
فرم درخواست ثبت نام

سازمان برگزارکننده: جامعه جراحان ایران

عنوان برنامه: چهل و سومین کنگره علمی سالانه ۱۸ - ۲۲ خرداد ماه ۹۸

سال دریافت آخرین مدرک تحصیلی:	نام خانوادگی:										
محل فعالیت:	شماره شناسنامه:										
استان:	شماره ملی:										
شهرستان:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
نوع فعالیت:	تاریخ تولد: (روز، ماه، سال)										
<input type="radio"/> قراردادی <input type="radio"/> هیأت علمی <input type="radio"/> رسمی <input type="radio"/> آزاد <input type="radio"/> طرح <input type="radio"/> طرح	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
	شماره نظام پزشکی:										
	لطفاً کلیه مدارک تحصیلی و سال اخذ آن را به ترتیب تکمیل نمایید.										
آدرس پستی منزل:	مدرک تحصیلی:										
شهرستان:	سال دریافت:										
خیابان:	دکترا در رشته:										
کوی:	تخصص در رشته:										
کد پستی ۱۰ رقمی:	تخصص دوم در رشته:										
پست الکترونیک:	دکترا (PHD) در رشته:										
	سایر مدارک:										
شماره تماس:	نام بیمارستان محل کار:										
تلفن منزل:	آدرس مطب:										
تلفن مطب:	شهر:										
تلفن همراه:	خیابان:										
تلفن محل کار:	کوی:										
تلفن نماير:	شماره کدپستی:										
امضاء	کد برنامه:										
مهر	تاریخ شروع برنامه:										
	تاریخ خاتمه برنامه:										
تاریخ	امتیاز:										
ثبت نام بعد از اسفند ماه ۱۳۹۷	مبلغ نام نویسی برای اعضاء: ثبت نام پیش هنگام تا پایان اسفند ماه ۱۳۹۷										
حق عضویت سالانه: ۲/۰۰۰/۰۰۰/- ریال	حق عضویت سالانه: ۲/۰۰۰/۰۰۰/- ریال										
حق شرکت در کنگره: ۳/۵۰۰/۰۰۰/- ریال	حق شرکت در کنگره: ۳/۰۰۰/۰۰۰/- ریال										
غیرعضو ۶/۰۰۰/۰۰۰/- ریال											

حساب جاری ۰۵۰۰۰۷۷۴۶۱۶۰۳ بانک کارآفرین شعبه ناهید کد ۶۴۳ به نام جامعه جراحان ایران