

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 یکمین کنگره علمی سالانه ۱۸ - ۲۲ اردیبهشت ماه ۹۶

نام خانوادگی: نام:	سال دریافت آخرین مدرک تحصیلی:										
شماره شناسنامه: صادر از:	محل فعالیت: استان:										
شماره ملی: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>											شهرستان:
تاریخ تولد: (روز، ماه، سال) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">۱</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">۳</td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>	۱	۳									نوع فعالیت: <input type="radio"/> هیأت علمی <input type="radio"/> آزاد <input type="radio"/> طرح <input type="radio"/> قراردادی <input type="radio"/> رسمی
۱	۳										
شماره نظام پزشکی: لطفاً کلیه مدارک تحصیلی و سال اخذ آن را به ترتیب تکمیل نمایید.	سال دریافت: مدرک تحصیلی:										
دکترت در رشته: تخصص در رشته: تخصص دوم در رشته: دکترت (PHD) در رشته: سایر مدارک:	آدرس پستی منزل: شهرستان: خیابان: کوی: کدپستی ۱۰ رقمی: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> پست الکترونیک:										
نام بیمارستان محل کار:	شماره تماس:										
آدرس مطب: شهر: خیابان: کوی: شماره کدپستی:	تلفن منزل: تلفن مطب: تلفن همراه: تلفن محل کار: تلفن نماز:										
کد برنامه: تاریخ شروع برنامه: تاریخ خاتمه برنامه: امتیاز:	امضاء مهر تاریخ										
مبلغ نام نویسی برای اعضاء: ثبت نام پیش هنگام تا پایان اسفند ماه ۱۳۹۵ حق عضویت سالانه: ۱/۲۰۰/۰۰۰/- ریال حق شرکت در کنگره: ۲/۰۰۰/۰۰۰/- ریال	ثبت نام بعد از اسفند ماه ۱۳۹۵ حق عضویت سالانه: ۱/۲۰۰/۰۰۰/- ریال حق شرکت در کنگره: ۲/۴۰۰/۰۰۰/- ریال										
غیرعضو ۴/۲۰۰/۰۰۰/- ریال											

حساب جاری ۱۴۳۶۹۸۶۷۴۲ بانک ملت شعبه میرداماد کد ۶۵۰۷۸ به نام جامعه جراحان ایران