

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 دومین کنگره علمی سالانه ۱۵ - ۱۹ اردیبهشت ماه ۹۷

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	شماره نظام پزشکی:										
آدرس پستی منزل:	لطفاً کلیه مدارک تحصیلی و سال اخذ آن را به ترتیب تکمیل نمایید.										
شهرستان:	مدرک تحصیلی:										
خیابان:	دکترای در رشته:										
کوی:	تخصص در رشته:										
کد پستی ۱۰ رقمی:	تخصص دوم در رشته:										
پست الکترونیک:	دکترای ( PHD ) در رشته:										
شماره تماس:	سایر مدارک:										
تلفن منزل:	نام بیمارستان محل کار:										
تلفن مطب:	آدرس مطب:										
تلفن همراه:	شهر:										
تلفن محل کار:	خیابان:										
تلفن نماز:	کوی:										
امضاء	شماره کد پستی:										
مهر	کد برنامه:										
تاریخ	تاریخ شروع برنامه:										
ثبت نام بعد از اسفند ماه ۱۳۹۶	تاریخ خاتمه برنامه:										
حق عضویت سالانه: ۱/۵۰۰/۰۰۰/- ریال	امتیاز:										
حق شرکت در کنگره: ۳/۰۰۰/۰۰۰/- ریال	مبلغ نام نویسی برای اعضاء: ثبت نام پیش هنگام تا پایان اسفند ماه ۱۳۹۶										
غیرعضو ۴/۵۰۰/۰۰۰/- ریال	حق عضویت سالانه: ۱/۵۰۰/۰۰۰/- ریال										
	حق شرکت در کنگره: ۲/۵۰۰/۰۰۰/- ریال										

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