



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

(فرم درخواست اشتغال به کار در مؤسسات پزشکی شهر دوم)

موضوع بخشنامه مصوبه مورخ ۱۳۹۴/۰۵/۱۰ و ۱۳۹۴/۰۶/۱۵ کمیسیون تبصره ۷ ماده ۱۳

(تکمیل این فرم به منزله تأیید مجوز فعالیت شهر دوم تا زمان صدور رأی کمیسیون تبصره ۷ نمی باشد.)

<p>مشخصات فردی متقاضی</p>	<p>نام: نام خانوادگی: رشته تحصیلی: تلفن ثابت: آدرس مطب شهر اول / محل کار: تاریخ: امضاء و مهر متقاضی:</p>	<p>شماره نظام پزشکی: پروانه مطب شهر اول: تلفن همراه:</p>
<p>مشخصات محل مورد تقاضا (موسسه درمانی) شهر دوم</p>	<p>شهر: استان: نوع مؤسسه درمانی: □ دولتی □ خصوصی □ خیریه ایام و ساعات: درخواست مسئول فنی یا مؤسس مرکز درمانی: تاریخ: امضا و مهر مرکز درمانی:</p>	
<p>نظر شبکه بهداشت و درمان شهر دوم</p>	<p>با حضور نامبرده در شهر فوق موافقت می گردد. تاریخ: امضاء و مهر رییس شبکه بهداشت و درمان:</p>	
<p>نظر معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهر دوم</p>	<p>(ارسال نامه موافقت از معاونت درمان از طریق اتوماسیون اداری دیدگاه) با ذکر موارد: ۱- نام مرکز ۲- روزهای فعالیت ۳- تأیید فعالیت بخش مربوطه و اعتبار پروانه تاسیس ۴- تعداد پزشکان فعال در رشته مربوطه در بخش دولتی و خصوصی</p>	
<p>نظر سازمان نظام پزشکی شهر دوم</p>	<p>با حضور نامبرده در شهر فوق موافقت می گردد. تاریخ: امضاء و مهر رییس سازمان نظام پزشکی:</p>	