



هیئت مرکزی نظارت بر هفتمین دوره  
انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
معاونت درمان  
ستاد مرکزی اجرائی هفتمین دوره انتخابات هیئت مدیره  
نظام پزشکی

محل الصاق عکس

پرسشنامه داوطلبی عضویت در هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی

استان: تهران      شهرستان: تهران      سراسری:       دوره ای:

1- مشخصات فردی:

نام: \_\_\_\_\_

نام خانوادگی: \_\_\_\_\_

نام خانوادگی قبلی: \_\_\_\_\_      فرزند: \_\_\_\_\_      شماره شناسنامه: \_\_\_\_\_      محل صدور: \_\_\_\_\_

تاریخ تولد: / /      محل تولد: \_\_\_\_\_      کد ملی: \_\_\_\_\_

وضعیت تاهل: متاهل       مجرد       تعداد فرزندان: \_\_\_\_\_      تابعیت فعلی: \_\_\_\_\_      قبلی: \_\_\_\_\_

شغل: \_\_\_\_\_      شماره نظام پزشکی: \_\_\_\_\_      شماره تلفن همراه: \_\_\_\_\_

آدرس محل سکونت فعلی: \_\_\_\_\_      شماره تلفن: \_\_\_\_\_

آدرس محل سکونت قبلی: \_\_\_\_\_      شماره تلفن: \_\_\_\_\_

آدرس محل کار: \_\_\_\_\_      شماره تلفن: \_\_\_\_\_

آدرس ایمیل: \_\_\_\_\_

2- وضعیت تحصیلی:

مدارج تحصیلی بترتیب « دیپلم، فوق دیپلم، کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری یا تخصص، فوق تخصص، فلوشیپ » ذکر شود:

نوع مدرک	رشته تحصیلی	نام موسسه آموزشی	کشور	شهر	توضیحات

دبیرخانه: شهرک قدس، بلوار فرحزادی، بلوار ایوانک، ساختمان مرکزی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بلوک A، ضلع شمالی طبقه 9

آدرس سایت (صفحه انتخابات): [medcare.health.gov.ir](http://medcare.health.gov.ir)

تلفن: 81455563-81454899

هیئت مرکزی نظارت بر هفتمین دوره  
انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
معاونت درمان  
ستاد مرکزی اجرائی هفتمین دوره انتخابات هیئت مدیره  
نظام پزشکی

3- مهمترین مشاغل، مسؤلیت و سوابق آموزشی و پژوهشی به ترتیب از آخرین شغل :

ردیف	نام موسسه یا سازمان	سمت	از سال	تا سال	آدرس موسسه یا سازمان
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

4- هرگونه سابقه بازداشت یا محکومیت پزشکی و کیفری :

ردیف	مورد اتهام	تاریخ	مرجع رسیدگی کننده	نتیجه رسیدگی
1				
2				
3				
4				

دفترخانه : شهرک قدس، بلوار فرحزادی، بلوار ایوانک، ساختمان مرکزی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بلوک A، ضلع شمالی طبقه 9

آدرس سایت (صفحه انتخابات): [medcare.health.gov.ir](http://medcare.health.gov.ir)

تلفن: 81454899-81455563



هیئت مرکزی نظارت بر هفتمین دوره  
انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
معاونت درمان  
ستاد مرکزی اجرائی هفتمین دوره انتخابات هیئت مدیره  
نظام پزشکی

5- آیا تابعیت غیر از ایران دارید؟  آری  خیر  کدام کشور:

6- سوابق حضور در جبهه های حق علیه باطل: داوطلبانه  تیم اضطراری  طرح یک ماهه  مدت حضور:

7- سابقه همکاری با موسسات پزشکی وابسته به نهادها و امور خیریه: آری  خیر  کدام موسسه:

8- سه نفر از افراد مشهور و متعهد که از سوابق شما اطلاعات کامل داشته باشند را با ذکر محل و تلفن تماس معرفی نمایید:

1- نام و نام خانوادگی: آدرس، محل کار و تلفن:

2- نام و نام خانوادگی: آدرس، محل کار و تلفن:

3- نام و نام خانوادگی: آدرس، محل کار و تلفن:

اینجانب با اعتقاد به نظام جمهوری اسلامی ایران، داوطلبی خود را جهت عضویت در هیات مدیره سازمان نظام پزشکی  
شهرستان اعلام و تمهید می نمایم که اظهارات فوق کاملاً صحیح و مطابق با واقعیت می باشد.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضاء و مهر نظام پزشکی: