

بسمه تعالی

فرم ثبت نام کانون پزشکان محله

منطقه..... ناحیه..... محله.....

مشخصات فردی متقاضی

نام : نام خانوادگی :

جنسیت : مرد " زن " وضعیت تأهل : مجرد " متأهل "

تاریخ تولد :

نشانی دقیق منزل یا محل کار :

تلفن :

متقاضی همکاری در کدام یک از محورهای زیر می باشید؟

1. آموزش " "
2. تهیه بروشور " "
3. ارائه خدمات مشاوره ای " "
4. ویزیت رایگان در مطب " "

اطلاعات تخصصی پزشکان:

پزشک عمومی " متخصص " داروساز " دندانپزشک "

نوع تخصص: شماره نظام پزشکی:

اطلاعات تخصصی پیراپزشکان:

رشته تحصیلی: مدرک تحصیلی: شماره نظام مربوطه:

فرم شماره 1: تکمیل توسط عضو و بایگانی در خانه سلامت
نام و نام خانوادگی عضو