

شهرستان.....
 شبکه بهداشت.....
 بیمارستان.....

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....
 مشخصات پزشک، دندانپزشک، در اوساز، دامپزشک و دکتری
 (غیر هیات علمی) غیر دانشگاهی

کد فرم: ۶۰۸ و-۵

سال.....

نام و نام خانوادگی	شماره نظام پزشکی	جنسیت	سال تولد	وضعیت استخدام			بالاترین مدرک تحصیلی			رشته شغلی					وضعیت مطب		نام تخصص	آدرس و شماره تلفن مطب	فعالیت در دانشگاهی	
				قراردادی	پیمانی	رسمی	فوق تخصص	متخصص	دکترای حرفه ای	پزشک عمومی	پزشک متخصص	دندانپزشک	دامپزشک	داروساز	دارد	ندارد			دارد	ندارد

در سطح شهرستان: تاریخ تکمیل فرم: نام و امضاء تکمیل کننده (مسئول کارگزینی):..... مسئول آمار شهرستان:.....

در سطح دانشگاه علوم پزشکی: نام و امضاء (کارشناس مربوطه):..... مدیر آمار و فناوری اطلاعات:.....