

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) دانشگاهی

شهرستان

شبکه بهداشت

بیمارستان

کد فرم: ۶۰۸ و-۵

سال

مطب	نام محل خدمت فعلی	نام تخصص	رشته شغلی						بالاترین مدرک تحصیلی						وضعیت استخدام								جنسیت	سال تولد	شماره نظام پزشکی	نام و نام خانوادگی										
			دندانپزشک	دامپزشک	دکترای علوم آزمایشگاهی	فوق تخصص	پزشک متخصص	پزشک عمومی	فلوشیپ	فوق تخصص	متخصص	فوق دکترا	PHD	دکترای حرفه ای	بیمه روستا	طرحی	پرکس	ضریب k	قراردادی	پیمانی	رسمی	سال استخدام														

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: