

انجمن دکترای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی ایران  
فرم ثبت نام اعضا پیوسته سال ۱۳۹۸

محل الصاق

عکس

مشخصات فردی

نام: \_\_\_\_\_ نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ نام پدر: \_\_\_\_\_  
 شماره شناسنامه: \_\_\_\_\_ شماره ملی: \_\_\_\_\_ محل تولد: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 آدرس محل سکونت: استان: \_\_\_\_\_ شهر: \_\_\_\_\_ خیابان: \_\_\_\_\_  
 کوچه: \_\_\_\_\_ پلاک: \_\_\_\_\_ کدپستی: \_\_\_\_\_ تلفن: \_\_\_\_\_ تلفن همراه: \_\_\_\_\_

وضعیت تحصیلی و تحصیلات تکمیلی

فارغ التحصیل از دانشگاه علوم پزشکی \_\_\_\_\_ در مقطع: \_\_\_\_\_ در سال: \_\_\_\_\_  
 تخصص یا PhD در رشته: \_\_\_\_\_ در سال: \_\_\_\_\_ از دانشگاه: \_\_\_\_\_

وضعیت شغلی

شاغل در بخش: خصوصی  دولتی  هردو

اطلاعات محل فعالیت در بخش خصوصی  
 نام آزمایشگاه (به طور کامل): \_\_\_\_\_  
 نوع ملک: استیجاری  شخصی   
 نوع همکاری: موسس  مسئول فنی  هردو   
 آدرس محل فعالیت بخش خصوصی:  
 استان: \_\_\_\_\_ شهر: \_\_\_\_\_ خیابان: \_\_\_\_\_ کوچه: \_\_\_\_\_  
 پلاک: \_\_\_\_\_ کدپستی: \_\_\_\_\_ تلفن: \_\_\_\_\_ پست الکترونیک: \_\_\_\_\_

اطلاعات محل فعالیت در بخش دولتی:  
 استان: \_\_\_\_\_ شهر: \_\_\_\_\_ خیابان: \_\_\_\_\_ کوچه: \_\_\_\_\_  
 پلاک: \_\_\_\_\_ کدپستی: \_\_\_\_\_ تلفن: \_\_\_\_\_

مایل به همکاری با انجمن در زمینه های: علمی:  فرهنگی:   
 سابقه فعالیت های علمی:  
 \_\_\_\_\_  
 سابقه فعالیت های فرهنگی:  
 \_\_\_\_\_

مهر

تاریخ و امضاء