

### برگه درخواست شرکت در آزمون و مأموریت آموزشی اعضای هیأت علمی بالینی

#### مشخصات متقاضی

نام و نام خانوادگی: ..... گروه آموزشی: ..... مرتبه علمی: ..... پایه ..... نوع استخدام .....

#### مشخصات دوره آموزشی

نام دوره آموزشی: ..... داخل کشور  / خارج از کشور  مدت دوره: .....  
تاریخ شروع: ..... تاریخ پایان: .....

نظریه مرکز	<b>نظر رئیس بخش</b> <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات: ..... نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء: تاریخ:	<b>نظر معاون آموزشی مرکز</b> <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات: ..... نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء: تاریخ:
	<b>نظر رئیس مرکز</b> <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات: ..... نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء: تاریخ:	نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء: تاریخ:
نظریه گروه	<b>نظر مدیر گروه</b> <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات: ..... نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء: تاریخ:	نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء: تاریخ:
	<b>نظر رئیس دانشکده</b> <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات: ..... نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء: تاریخ:	نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء: تاریخ:
امور هیأت علمی	<b>نظر مدیر امور هیأت علمی دانشگاه</b> <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات: ..... نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء: تاریخ:	نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء: تاریخ:
	<b>نظر معاون آموزشی دانشگاه</b> <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات: ..... نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء معاون آموزشی دانشگاه: تاریخ:	نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء معاون آموزشی دانشگاه: تاریخ:

این برگه بدون تأیید تمامی موارد فوق الذکر فاقد اعتبار می باشد