



فرم تقاضای قرارداد تبصره ۷ ماده ۱۴

مشخصات متقاضی

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: شماره ملی: متخصص ☐ فوق تخصص ☐ فلوشیپ ☐ دکتری Ph.D ☐
 رشته تحصیلی: گروه آموزشی: مرتبه علمی: پایه تاریخ پایان تعهدات:

سابقه فعالیت

مدت فعالیت آموزشی: (..... روز ماه سال) نام دانشگاه محل فعالیت:
 تاریخ شروع فعالیت آموزشی در دانشگاه های دولتی .../.../.....

مشخصات گروه آموزشی

تعداد اعضاء: تعداد واحد درسی:

فعالیت های درمانی

فرم HIM ندارد ☐ دارد ☐ (ضمیمه گردد)

فعالیت های پژوهشی

ارائه مقاله و کتاب:

معاون فناوری تحقیقات و دانشگاه	نظر معاون تحقیقات و فناوری (جذب اعضای هیات علمی پژوهشی) موافق ☐ مخالف ☐ مشروط ☐ توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:
	نظر رئیس بخش موافق ☐ مخالف ☐ مشروط ☐ توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:
رئیس	نظر معاون آموزشی مرکز موافق ☐ مخالف ☐ مشروط ☐ توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:
	نظر رئیس مرکز موافق ☐ مخالف ☐ مشروط ☐ توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:
گروه	نظر مدیر گروه موافق ☐ مخالف ☐ مشروط ☐ توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:
دانشگاه	نظر رئیس دانشکده موافق ☐ مخالف ☐ مشروط ☐ توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:

با ذکر دلایل توجیهی مشخص:

.....
