



برگه صدور مجوز خروج از طرح تمام وقت جغرافیایی - صدور پروانه مطب اعضای هیأت علمی

مشخصات متقاضی

نام و نام خانوادگی: شماره ملی: نام پدر: متخصص ☐ فوق تخصص ☐ فلوشیپ ☐
 رشته تحصیلی: گروه آموزشی: مرتبه علمی: پایه نوع استخدام
سابقه فعالیت آموزشی و نوع درخواست
 مدت فعالیت آموزشی: (..... روز ماه سال) نام دانشگاه محل فعالیت: تاریخ شروع فعالیت آموزشی
 در دانشگاه های دولتی .../.../..... درخواست: صدور پروانه مطب ☐ / تمدید پروانه مطب ☐

ردیف	نظر رئیس بخش	نظر معاون آموزشی مرکز
۱	موافق ☐ مخالف ☐ مشروط ☐ توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:	موافق ☐ مخالف ☐ مشروط ☐ توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:
۲	نظر رئیس مرکز موافق ☐ مخالف ☐ مشروط ☐ توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:	
۳	نظر مدیر گروه موافق ☐ مخالف ☐ مشروط ☐ توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:	
۴	نظر رئیس دانشکده موافق ☐ مخالف ☐ مشروط ☐ توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:	
۵	نظر مدیر امور هیأت علمی دانشکده (بر اساس بررسی HIM پنج سال اخیر) موافق ☐ مخالف ☐ توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:	
۶	نظر معاون آموزشی دانشکده موافق ☐ مخالف ☐ توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:	
۷	نظر رئیس دانشکده موافق ☐ مخالف ☐ توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:	